

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA**

Pollyanna dos Santos

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS:
origem e mudanças**

Belo Horizonte

2020

Pollyanna dos Santos

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS:
origem e mudanças**

Versão Final

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Ciência Política.

Orientadora: Prof. Dra. Telma Maria Gonçalves Menicucci.

Linha de Pesquisa: Estado, Gestão e Políticas Públicas.

Belo Horizonte

2020

320 Santos, Pollyanna dos.
S237p Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas
2020 [manuscrito] : origem e mudanças / Pollyanna dos Santos. -
2020.
154 f. : il.
Orientadora: Telma Maria Gonçalves Menicucci .

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia.

1. Ciência política – Teses. 2. Políticas públicas – Teses..
3. Política de Saúde – Teses. 4. Índios da América do Sul – Brasil - Teses. I. Menicucci , Telma Maria Gonçalves . II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS
INDÍGENAS:
origem e mudanças**

POLLYANNA DOS SANTOS

**Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo
Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIA
POLÍTICA, como requisito para obtenção do grau de Mestra em
CIÊNCIA POLÍTICA, área de concentração CIÊNCIA POLÍTICA,
linha de pesquisa Estado, Gestão e Políticas Públicas.**

**Aprovada em 21 de fevereiro de 2020, pela banca constituída pelos
membros:**

**Prof(a). Telma Maria Gonçalves Menicucci - Orientadora
(DCP/UFMG)**

**Prof(a). Gilberto Hochman
Fundação Oswaldo Cruz**

**Prof(a). Leonardo Barros Soares
UFPA**

Belo Horizonte, 16 de abril de 2020.



Alessandro Magno da Silva
Secretário do Programa de
Pós-Graduação em Ciência Política
UFMG/UFMG - Minas UFMG: 06648-5
em 21 de 16 de JUNHO DE 2016

AGRADECIMENTOS

Que processo intenso de aprendizagem! É a primeira exclamação que me vem à cabeça depois de 2 anos de muita correria, noites sem dormir, amizades conquistadas por causa da pesquisa e muito, muito trabalho. Vou me atrever a citar alguns nomes, mas com um sério risco de esquecer outros que, com certeza, foram importantes, porque esse trabalho, apesar de estar em minha autoria, é o resultado do auxílio, colaboração e transmissão de conhecimento de muitas pessoas que, graças a Deus, eu conheci. Essa pesquisa só pode ter sido guiada pela divindade por tanta ajuda que recebi.

Depois de Deus, da minha família (mãe, pai, vizinha, madrinhas, irmãs, cunhados, sobrinhos e primas queridas) e dos meus amigos mais próximos (Luh, Tatá, Henrique, Biola, Gabi, Carol, Mari, MP e Fefe), que me sustentam em tudo na minha vida, preciso agradecer à autora da minha primeira referência bibliográfica para este trabalho: minha querida orientadora, professora Telma. Dedicada, extremamente inteligente e profissional, detalhista, exigente, bem-humorada e que me recebeu várias vezes na faculdade e em sua casa sem hora para acabar a reunião, com toda disponibilidade e dedicação. À CAPES, pela bolsa que me permitiu dedicar a este período de intenso trabalho e aprendizagem de forma exclusiva. Aos indígenas, entrevistados e não entrevistados, que compartilharam comigo conhecimentos preciosos de suas vivências e de suas lutas, que me receberam como uma “irmã” (mais do que amiga) e que eu não tenho palavras para agradecer por todo o carinho e confiança. Aos profissionais da saúde indígena (da gestão e da assistência), servidores, terceirizados e ex-trabalhadores, que deixaram seus afazeres tão urgentes e me concederam muitos minutos, em alguns casos, até horas, respondendo aos meus intermináveis questionamentos. À querida Aline, que me hospedou em sua casa, sem me conhecer direito, que abraçou minha pesquisa como se fosse dela e me ajudou a chegar aos entrevistados-chave, a partir dos quais cheguei a outros. Ela foi meu trevo da sorte. Ao Leo Barros, pelos ótimos conselhos desde antes de eu entrar no PPGCP. A ele e ao prof. Gilberto Hochman, por aceitarem compor minha banca e me cederem compreensivamente mais tempo para revisões. Ao prof. Marcus e à prof. Geralda, por me aceitarem em seus grupos de pesquisa e serem tão legais comigo. Ao prof. José Ângelo, pelo parecer cuidadoso do meu projeto. Às Periféricas, rede de apoio acadêmico e de saúde mental criado pelos próprios discentes para que a colaboração e não a competição reine no PPGCP. À Estefânia, por aguentar minhas lamúrias acadêmicas e escutar meus áudios de dez minutos. Aos demais colegas do PPGCP e professores que compartilharam referências bibliográficas, contatos e opiniões para minha pesquisa. Ao Lucas, pelas caronas para a universidade. À Jéssica e à Bárbara, também

pesquisadoras sobre povos indígenas, que me concederam tantas dicas. À minha irmã Marcella, meu cunhado Bruno e à Anna, que me ajudaram com as transcrições e com as dúvidas sobre ABNT (e à Dani, por essa ideia). À tia Lucimar e ao tio Juarez, por me receberem com tantos mimos em Brasília. À Virgínia e à Loló, por me hospedarem com muito carinho. À Luh, ao MP e à Lu Fagundes, por me ajudarem desde o processo seletivo do mestrado, revisando meu projeto com todo zelo. À Dani e à “dona” Anna, por aguentarem meus (muitos) momentos de estresse, pela amizade e pelos auxílios que foram inúmeros. À Ana Paula, à Kelly e ao Arthur, por me chamarem para correr e isso me fazer um bem danado. À Marlene e à Tetê, pelas massagens. Aos meus amigos do Thiago Maior, pelo suporte emocional, pela torcida e pelas orações (em especial, Tetê, Luciano, Ju, Renard, Luiz, Du e Henrique).

"Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades".

(Boaventura de Sousa Santos)

RESUMO

Esta dissertação é um estudo de caso sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que objetiva compreender a entrada deste tema na agenda governamental brasileira, sua formulação e sua implementação. A pesquisa foi empreendida por meio da análise documental (legislação pertinente, documentos e relatórios oficiais), análise bibliográfica (pesquisas de antropólogos e especialistas em saúde coletiva foram utilizadas), além da análise de entrevistas. As entrevistas em profundidade foram realizadas com atores selecionados por suas experiências e seus conhecimentos em relação ao tema, sendo: indígenas, gestores e profissionais da saúde de diferentes Distritos Sanitários Especiais Indígenas, além de funcionários e ex-funcionários da Fundação Nacional do Índio (Funai), da Fundação Nacional da Saúde (Funasa), da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) e do Ministério da Saúde. Os processos analisados são entendidos como interdependentes e sem delimitação temporal muito precisa, mas, para fins didáticos, foram separados em dois momentos (surgimento e implementação) e à luz de teorias distintas. Na formação da agenda e formulação da PNASPI, as primeiras ações estatais voltadas à saúde indígena foram analisadas no âmbito do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), passando pela Fundação Nacional do Índio (Funai) e pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), sob as óticas teóricas do Modelo de Múltiplos Fluxos, de John W. Kingdon, e do Modelo de Equilíbrio Pontuado, desenvolvido por James L. True, Bryan D. Jones e Frank R. Baumgartner. São resultados encontrados na pesquisa neste âmbito a descrição do processo pelo qual a saúde dos povos indígenas tornou-se uma política pública, a identificação das instituições e dos atores envolvidos, a construção da imagem da política de saúde diferenciada aos povos indígenas e as condições políticas, o contexto histórico e o “clima nacional” predominantes. Na implementação, entende-se que a PNASPI ainda está em disputa política e há um constante processo de reformulação, por meio de mudanças institucionais que não cessaram. Argumentos teóricos de Arranjo Institucional e Instrumentos de Políticas, por Roberto Pires e Alexandre Gomide, da Rede de Implementação, por Pedro Luiz B. Silva e Marcus André B. Melo, e do Modelo Interativo de Execução de Políticas, por Merilee Grindle e John W. Thomas, embasaram a análise, sendo refinados devido às peculiaridades do estudo de caso. Conclui-se que a constituição da PNASPI e sua permanência na agenda governamental são decorrentes da participação efetiva dos povos indígenas nos conselhos e conferências de saúde e nas diferentes formas de mobilizações reivindicatórias. Além disso, as mudanças institucionais ora têm sido no sentido de dar concretude à proposta de política diferenciada para os indígenas ora, no sentido oposto, o de promover a integração dos povos ao restante da sociedade brasileira, ignorando a multiculturalidade brasileira.

Palavras-chave: Formação de Agenda. Formulação de Políticas Públicas. Implementação. Política de Saúde Diferenciada. Povos Indígenas.

ABSTRACT

This dissertation is a case study about the National Policy of Health Care of Indigenous Peoples (PNASPI), which aims to understand the inclusion of this issue in the Brazilian government agenda, its formation and its implementation. The research was undertaken through documentary analysis (relevant legislation, official documents and reports) bibliographic analysis (research by anthropologists and public health specialists were used) as well as the analysis of interviews. In-depth interviews were conducted with actors selected for their experience and knowledge of the topic, being: indigenous, managers and health professionals from different Special Indigenous Sanitary Districts, in addition to employees and former employees of the National Indian Foundation (Funai), the National Health Foundation (Funasa), the Special Secretariat for Indigenous Health (Sesai) and the Ministry of Health from Special Health Secretariat. The analyzed processes are understood as interdependent and without very precise temporal delimitation, but for didactic purposes they have been separated into two moments (emergence and implementation) and under the light of different theories. In the agenda setting and in the formation of PNASPI, the first state actions aimed at indigenous health were analyzed within the scope of the Indian Protection Service (SPI), passing by the Funai and the Funasa, from the theoretical perspectives of John W. Kingdon's Multiple Flow Model and the Punctuated Equilibrium Model developed by James L. True, Bryan D. Jones and Frank R. Baumgartner. The results found in this research's part are the description of the process by which the health of indigenous peoples became a public policy, the identification of the institutions and actors involved, the construction of the image of the differentiated health policy of indigenous peoples and the prevailing political conditions, historical context and "national mood". In the implementation, it is understood that PNASPI is still in political dispute and there is a constant process of reformulation, through institutional changes that have not stopped. Theoretical arguments of the Institutional Arrangement and Policy Instruments, by Roberto Pires e Alexandre Gomide, the Implementation Network, by Pedro Luiz B. Silva and Marcus André B. Melo, and the Policy Execution Interactive Model, by Merilee Grindle and John W. Thomas, supported the analysis, being refined due to the peculiarities of this study of case. It is concluded that the constitution of PNASPI and its persistence in the government agenda are due to the effective participation of indigenous peoples in health councils and conferences and its acting in the different forms of claim mobilizations. In addition, institutional changes have either been in the direction of giving concrete form to the proposal for a differentiated policy for indigenous peoples, and, in the opposite sense, promoting the integration of indigenous peoples with the rest of Brazilian society, ignoring Brazilian multiculturalism.

Keywords: Agenda Setting. Policy Formation. Implementation. Differentiated Health Policy. Indigenous people.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estrutura da Funai relativa à Saúde Indígena (1967)	51
Figura 2 – Indígenas na votação da Lei Arouca no Senado	69
Figura 3 – Estrutura Funasa em relação à Saúde Indígena (1991 a 1999)	77
Figura 4 – Estrutura Funasa em relação à Saúde Indígena (1999 a 2010)	77
Figura 5 – Estrutura Sesai (2010 a 2019)	78
Figura 6 – Organização de um Distrito Especial Indígena	80
Figura 7 – Localização dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas	80
Tabela 1 – Recursos Orçamentários Repassados aos Municípios (1999 a 2006) – valores em R\$	96
Tabela 2 – Evolução do Orçamento da Saúde Indígena (2003 a 2007) – valores em R\$	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGU: Advocacia Geral da União
ATL: Acampamento Terra Livre
CIMI: Conselho Indigenista Missionário
CGU: Controladoria-Geral da União
Condisi: Conselho Distrital de Saúde Indígena
Core: Coordenação Regional
Cosai: Coordenação de Saúde Indígena
CNS: Conferência Nacional de Saúde
CNPSI: Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
CNSPI: Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas
CNBB: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CPI: Comissão Parlamentar de Inquérito
Deope: Departamento de Operações da Funasa
Desai: Departamento de Saúde Indígena
Diasi: Divisão de Atenção à Saúde Indígena
DNERu: Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNPS: Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária
DNS: Departamento Nacional de Saúde
DSEI: Distrito Sanitário Especial Indígena
EVS: Equipes Volantes de Saúde
FAB: Força Aérea Brasileira
Funai: Fundação Nacional do Índio
Funasa: Fundação Nacional da Saúde
GT: Grupo de Trabalho
IAB-PI: Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas
IAE-PI: Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSI: Instituto de Saúde Indígena
ISA: Instituto Socioambiental
JK: Juscelino Kubitschek
OIT: Organização Internacional do Trabalho
ONGs: Organizações Não Governamentais
ONU: Organização das Nações Unidas
OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

MAIC: Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio
MG/ES: Minas Gerais e Espírito Santo
MPF: Ministério Público Federal
MS: Ministério da Saúde
PDSI: Plano Distrital de Saúde Indígena
PNASPI: Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RAS: Redes de Atenção à Saúde
SAS: Secretaria de Assistência à Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde
SAPS: Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SasiSUS: Subsistema de Saúde Indígena
Sesai: Secretaria Especial de Saúde Indígena
Sesp: Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
SIASI: Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SICONV: Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse
SISABI: Sistema de Informação de Saneamento em Áreas Indígenas
SindCopsi: Sindicato dos Profissionais e Trabalhadores da Saúde Indígena
SPI: Serviço de Proteção ao Índio
SPILTN: Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais
Sucam: Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS: Sistema Único de Saúde
SUSA: Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
UAE: Unidade de Atendimento Especial
Unicef: Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	15
1 FORMAÇÃO DE AGENDA, FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA BREVE REVISÃO TEÓRICA.....	21
1.1 Formação de Agenda e Formulação de Políticas Públicas	21
1.1.1 Modelo de Múltiplos Fluxos	22
1.1.2 Teoria do Equilíbrio Pontuado	27
1.1.3 Argumentos Principais: Formação de Agenda e Formulação de Políticas Públicas	31
1.2 Implementação de Políticas Públicas.....	32
1.2.1 Abordagem dos Arranjos Institucionais e Instrumentos de Políticas Públicas	34
1.2.2 Rede de Implementação	36
1.2.3 Modelo Interativo de Execução de Políticas	38
1.2.4 Argumentos Principais: Implementação de Políticas.....	40
1.3 Argumentos da Dissertação	42
2 SURGIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS	44
2.1 Antecedentes históricos: as primeiras ações relativas à Saúde Indígena no Serviço de Proteção aos Índios (SPI).....	45
2.2 Saúde Indígena na Fundação Nacional do Índio (Funai): mudanças incrementais	53
2.3 Movimentos sociais de defesa dos indígenas e saúde indígena na pauta internacional: o fluxo político.....	58
2.4 Criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: convergência dos fluxos e pontuação na trajetória.....	63
2.5 PNASPI: Formalização da Política.....	75
3 IMPLEMENTAÇÃO E REFORMULAÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS	78
3.1 Características da PNASPI: objetivos, inserção e arranjo institucional	79
3.1.1 Modelo de Organização	82

3.1.2 Atores	85
3.1.3 Recursos Humanos, Financeiros e Tecnológicos	89
3.1.4 Instrumentos Legais e administrativos	93
3.2 Mudança de Regra e de Interesses: enfraquecimento das ONGs em prol da municipalização da saúde indígena.....	98
3.3 Mudança de Regra: Autonomia dos DSEIs	101
3.4 Mudança de Gestão: Funasa para Sesai	104
3.5 Problemas da Implementação do modelo vigente	111
3.6 Propostas de Mais Mudanças.....	114
3.6.1 Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI)	114
3.6.2 Reformulação geral da PNASPI.....	116
CONCLUSÃO.....	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
Documentos	126
Demais Referências	129
APÊNDICE A – Cronologia	136
APÊNDICE B – Quadro Legislação	137
APÊNDICE C – Esquemas dos Principais Argumentos dos Modelos Teóricos e suas aplicações no Estudo de Caso.....	139
Esquemas do Modelo de Múltiplos Fluxos.....	139
Esquema do Modelo do Equilíbrio Pontuado	141
Esquemas da Abordagem dos Arranjos Institucionais e dos Instrumentos de Políticas Públicas.....	142
Esquema da Rede de Implementação	143
Esquema do Modelo Interativo de Execução de Políticas	144
ANEXOS	145

INTRODUÇÃO

A política pública de saúde implantada nacionalmente, até os anos 1980, foi um conjunto de ações estatais que contemplou, prioritariamente, um grupo de brasileiros: os trabalhadores urbanos com emprego formal. Dentre os grupos excluídos da proteção sanitária, as diversas, mas pouco numerosas¹, populações indígenas foram mantidas invisíveis por um longo período pelo Estado.

Devido à omissão histórica do Estado brasileiro, a assistência à saúde dos povos indígenas se iniciou de forma extraestatal com os missionários católicos e presbiterianos no período colonial. A partir de 1910, o governo brasileiro, de forma precária, oficializou uma política pública de cuidado à saúde dos povos indígenas com a criação do Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN), mais tarde, chamado apenas de Serviço de Proteção aos Índios (SPI). Em 1967, a Fundação Nacional do Índio (Funai) é criada para substituir o SPI, após denúncias graves contra este, e a atenção à saúde da população indígena continuou sendo relegada a último plano pelo governo, que, à época, era militar. A partir da difusão dos ideais da Reforma Sanitária (nas décadas de 1970 e 1980), da promulgação da Constituição de 1988 e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, a imagem e o discurso de uma nação multicultural, diversificada e que precisava atender a todos, sem distinção, em suas necessidades básicas, deram fôlego à luta dos povos indígenas por reconhecimento. O reconhecimento das suas especificidades em saúde, consubstanciado em Lei, ocorreu apenas em 1999, com a aprovação da Lei Arouca (Lei nº 9.836/99), mas a sua formalização em uma política pública se deu em 2002, por meio da Portaria nº 254, por meio da qual se definiu a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

Baseando-se na literatura sobre formação de agenda, formulação e implementação de políticas públicas, e ancorada nas evidências propiciadas pelo próprio estudo de caso, essa dissertação sustenta que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), objeto desta pesquisa, é uma construção que se iniciou no âmbito do SPI e que ainda perdura na agenda pública. Nesse sentido, os processos de formulação e implementação da PNASPI podem ser considerados sequenciais até 1999, não obstante, posteriormente, a implementação e a reformulação se confundirem no tempo, em um processo ainda em disputa de formulação de uma política de saúde indígena.

¹ As populações indígenas brasileiras reduziram-se dramaticamente de cerca de 5 milhões para menos de 1 milhão, do período colonial aos dias atuais, correspondendo a menos de 1% da população brasileira. No Censo de 1991, correspondiam a 0,2%; no de 2000, 0,4%; e no de 2010, também 0,4%. (BRASIL, 2002; IBGE, 2020).

As situações regionais de conflito relativas à posse da terra, à exploração de recursos naturais e à implantação de grandes projetos de desenvolvimento expõem a trama de interesses, tanto econômicos quanto sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e os demais segmentos da sociedade nacional (BRASIL, 2002). Esse conflito de caráter territorial-desenvolvimentista tem efeitos na saúde indígena, visto que a defesa por uma política de saúde diferenciada, pautada nas especificidades culturais de uma população étnico-minoritária, compete com uma visão ideológica de integração dos povos indígenas à “cultura civilizada”. O conflito entre essas duas imagens está no cerne dos processos de formulação, implementação e mudanças da PNASPI. Portanto, os debates políticos atuais sobre o lugar do indígena na sociedade brasileira contemporânea e sobre como devem ser formatadas suas políticas públicas não correspondem a uma discussão ideológica recente.

A efetiva implementação da política de saúde para os povos indígenas no Brasil apresenta importância não apenas nacional, mas se encontra entre as preocupações internacionais em relação à preservação dos recursos naturais. Como argumenta Garnelo (2006), as populações indígenas são vistas como parte integrante dos ecossistemas ameaçados, o que tem provocado um clamor de organismos internacionais pela preservação de suas culturas. A PNASPI é direcionada à população indígena que vive em aldeias, portanto, a preservação cultural está relacionada tanto à aceleração do processo de demarcação de terras para esses povos e à garantia do usufruto desses territórios de forma pacífica, como ao desenvolvimento da política de saúde diferenciada.

Tal ideia de política de saúde diferenciada não é antagônica ao SUS. Pelo contrário, a PNASPI é responsável por levá-lo mais próximo às aldeias, o que significa contribuir com a universalidade pretendida pela política pública de saúde. Além disso, a PNASPI possibilita melhorar as condições de saúde de uma parte da população brasileira que vive em condições precárias e que apresenta um duplo distanciamento dos serviços e bens públicos de saúde: i) a distância significativa das aldeias até os centros urbanos e ii) a distância em relação à compreensão do processo doença-cura pela medicina científica e pelas práticas tradicionais em saúde dos povos indígenas. O segundo aspecto de distanciamento está compreendido no que se entende como “especificidades dos povos indígenas”, que é o fator que mais justifica uma política de saúde diferenciada.

A partir dessas questões reflexivas sobre a PNASPI, esta dissertação propôs a responder às seguintes perguntas:

- 1) Como a ideia de saúde diferenciada para os povos indígenas tornou-se uma política pública?
- 2) Quais são as contínuas mudanças no arranjo institucional da PNASPI? Quais fatores as explicam? E quais implicações trazem para a implementação da Política?

O período de análise inicia-se em 1910, com a criação do SPI, e se estende até 2019, no âmbito da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). Embora a PNASPI, a partir da Portaria nº 254 de 2002, seja assumida como um marco do estabelecimento de uma política de saúde indígena diferenciada, considera-se que a implementação do modelo desta política se inicia antes, com a Lei Arouca (1999). O objetivo geral é analisar o surgimento e as características de uma política pública de saúde diferenciada para a população indígena brasileira e as mudanças institucionais dessa política durante o processo de sua implementação, com vistas a explicar suas causas e consequências. Visa-se com isso, por um lado, contribuir com os estudos empíricos sobre formação de agenda, formulação e implementação de políticas públicas no sentido tanto de corroborar teorias quanto de questionar sua validade e, por outro, agregar conhecimento às pesquisas sobre políticas públicas diferenciadas, povos indígenas e saúde pública. Como objetivos secundários, são delimitados os seguintes:

1. Descrever o processo pelo qual a “saúde indígena” passou de questão para problema e foi inserida na agenda como uma política nacional em 2002, analisando o contexto político, histórico e o “clima” nacional da época, buscando responder às seguintes questões:

- a. Qual era a situação da saúde indígena antes da Política?
- b. Por que o tema entrou na agenda, visto que o Sistema Único de Saúde (SUS) existe desde 1990 como uma política de saúde universal e pública?
- c. Por que é uma política inovadora?

2. Descrever o processo de implementação da política de 2002 a 2019, analisando, especialmente, as mudanças no arranjo institucional, ou seja, as alterações nas regras de gestão e no *locus* institucional, identificando suas causas e como essas mudanças impactaram as diretrizes da Política no que concerne ser uma política diferenciada.

Para a elaboração desta pesquisa, utilizou-se a metodologia qualitativa, cujas técnicas de geração de dados foram: i) pesquisa bibliográfica; ii) pesquisa e análise documental (de fontes primárias e secundárias), além de iii) 13 entrevistas semiestruturadas com lideranças e usuários indígenas (5), profissionais da saúde que trabalham ou já trabalharam nos distritos (3), gestores (2), funcionários e ex-funcionários da Funai (2), da Fundação Nacional da Saúde (Funasa) (2), da Sesai (2) e do Ministério da Saúde (1). Alguns entrevistados desempenharam

ou desempenham mais de um papel, por isso a soma dos números em parênteses é superior a 13.

As fontes utilizadas foram: i) documentos oficiais – provenientes da Funai, da Funasa, da Sesai, do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); ii) legislação pertinente à política de saúde (leis, portarias, medidas provisórias); iii) notícias vinculadas à época dos acontecimentos e iv) documentos produzidos pelas Organizações Não Governamentais (ONGs), como relatórios, notas e manifestos. A produção bibliográfica de outros autores, pertencentes às diversas áreas científicas, e as manifestações verbais de atores relevantes em relação à PNASPI em audiências públicas também foram fontes consideradas.

O trabalho de campo foi composto por: i) encontros presenciais para a realização da maior parte das entrevistas (outras foram realizadas por meio de mensagens e áudios trocados via o aplicativo *whatsapp*); ii) participação presencial e *online*, como espectadora, em audiências públicas na Assembleia Legislativa de Minas Gerais (ALMG), no Senado Federal e na Câmara dos Deputados a respeito dos direitos em saúde dos povos indígenas; iii) como observadora participante do Acampamento Terra Livre² de 2019 e, também, iv) por meio da visita a Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEIs) e a Casas de Apoio à Saúde do Índio. Como alguns entrevistados estão resguardados pelo direito ao anonimato, outros detalhes precisam ser omitidos.

Sobre o processo ético, a pesquisa seguiu a Resolução nº 466/2012 - sobre as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos - e a Resolução nº 304/00 - referente a pesquisas com populações indígenas -, ambas do Conselho Nacional de Saúde. Assim, a pesquisa passou pela aprovação ética do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)³. Os entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos e riscos da pesquisa, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberam suas entrevistas transcritas para poderem solicitar a alteração ou a omissão de alguma informação antes de sua publicação. A identificação daqueles que assim quiseram foi registrada por mensagens escritas e áudios enviados por *e-mail* ou por *whatsapp*.

² O Acampamento Terra Livre (ATL) é uma importante mobilização dos povos indígenas do Brasil que ocorre em Brasília, na semana em que se comemora o Dia do Índio (21 de abril). A entidade organizadora do evento é a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), organização não governamental indígena que agrega outras organizações regionais não governamentais nas quais os membros também são indígenas. Durante o ATL, as principais lideranças indígenas se reúnem com parlamentares, ministros e gestores para discutir as pautas indígenas.

³ Número de protocolo CAAE 19808119.6.0000.5149.

Sobre os entrevistados, é importante ressaltar que foram escolhidos de acordo com um principal critério: conhecimento e experiência em relação à saúde indígena. Nesse sentido, a intenção foi realizar poucas entrevistas, mas com atores-chaves, que apresentassem um conhecimento aprofundado sobre o assunto - e isso foi logrado com êxito. Foi elaborado um roteiro de perguntas o qual foi adaptado ao papel desempenhado por cada entrevistado (a) na PNASPI e que se desdobrou em questões durante sua realização. A chegada até cada um deles foi por meio da técnica de “bola de neve”, ou seja, um (a) entrevistado (a) levou a pesquisadora a um (a) outro (a), e assim por diante. Entretanto, para chegar aos primeiros entrevistados, o fator sorte precisa ser mencionado. A participação em audiências públicas em que representantes do governo, parlamentares e indígenas expuseram seus argumentos; a visita a DSEIs, a Casais e à Sesai; e a oportunidade de participar do Acampamento Terra Livre de 2019 foram experiências que ajudaram a pesquisadora em seu processo de compreender melhor os sentidos da Política, contribuindo para a escrita.

Em relação aos problemas metodológicos, cabe explicitar que devido à não publicidade do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), criado em 1999 e onde estão os indicadores da saúde indígena, e por causa da divulgação precária dos dados sobre saúde indígena pelos meios oficiais, foram solicitadas informações ao Ministério da Saúde pelo Sistema de Informação ao Cidadão (e-SIC), sendo parcialmente atendidas. Assim, não foi possível construir quadros e gráficos fidedignos sobre a evolução das condições de saúde da população indígena ao longo do tempo. Outros problemas que merecem ser registrados, até mesmo como recordação do percurso árduo da pesquisa, são em relação aos áudios de duas entrevistas que foram corrompidos nas duas fontes distintas de armazenamento onde se encontravam. Uma das entrevistas já estava transcrita, mas a outra não. Outro problema ocorrido foi que uma candidata a ser entrevistada, pertencente ao Amapá e enfermeira na saúde indígena por muitos anos, adiou a realização da entrevista diversas vezes por motivo de saúde, apesar de desejar muito contribuir com a pesquisa. Devido ao tempo exíguo, ainda não foi possível recuperar o áudio corrompido nem realizar a entrevista com a enfermeira do Amapá, mas as esperanças são mantidas para próximos trabalhos.

No processo de pesquisa, os argumentos sintetizados a partir dos cinco modelos mobilizados (Modelo de Múltiplos Fluxos, Teoria do Equilíbrio Pontuado, Arranjos Institucionais e Instrumentos de Políticas, Rede de Implementação e Modelo Interativo de Execução de Políticas) foram contrastados aos achados do estudo de caso, por meio da estratégia de análise de conteúdo das fontes anteriormente citadas. Num processo de dedução e

indução, característico dos estudos de caso, com idas e vindas entre a teoria e as evidências empíricas, os argumentos do próprio caso puderam ser reconstruídos. Destes, os mais gerais finalizam o primeiro capítulo e, assim, adiantam para o leitor os argumentos no quais a pesquisa está ancorada.

Além desta introdução, a dissertação é composta por três capítulos e a conclusão. No primeiro capítulo, a literatura da Ciência Política sobre formação de agenda, formulação e implementação de políticas públicas é indicada como arcabouço teórico da dissertação e são destacados os argumentos dos modelos utilizados como base conceitual e analítica para a análise do processo de formação da política realizada em cada um dos capítulos seguintes. Os argumentos construídos a partir do próprio estudo de caso também são sintetizados e explicitados neste primeiro capítulo.

No segundo capítulo, busca-se analisar o processo de inserção do tema da saúde indígena na agenda governamental e sua formulação como política pública nacional a partir dos argumentos conceituais do Modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Model*), de John W. Kingdon (2011), e da Teoria do Equilíbrio Pontuado (*Punctuated-Equilibrium Theory*), desenvolvida por James L. True, Bryan D. Jones e Frank R. Baumgartner (2007).

No terceiro capítulo, o arranjo institucional constituído a partir da formalização da PNASPI e os seus frequentes reajustes institucionais são objetos de análise. Para a análise da implementação e das mudanças de cunho institucional ocorridas de 2002 a 2019, na PNASPI, foram mobilizados três modelos analíticos: i) Abordagem dos Arranjos Institucionais e Instrumentos de Políticas Públicas, tal como apropriada por Roberto Rocha C. Pires e Alexandre Gomide (2014; 2016; 2018); ii) Rede de Implementação, da forma sintetizada por Pedro Luiz Barros Silva e Marcus André Barreto Melo (2010) e iii) Modelo Interativo de Execução de Políticas, desenvolvido por Merilee Grindle e John W. Thomas (1991).

1 FORMAÇÃO DE AGENDA, FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA BREVE REVISÃO TEÓRICA

Este capítulo objetiva delimitar o arcabouço teórico da dissertação, destacando os modelos analíticos que são utilizados nos capítulos seguintes. Inicia-se com uma abordagem geral sobre a formação de agenda e formulação de políticas públicas e, em seguida, o Modelo de Múltiplos Fluxos e o Modelo do Equilíbrio Pontuado são explicitados. Depois, aborda-se de forma ampla a etapa da implementação de políticas públicas e, nas seções seguintes, destaca-se o raciocínio norteador da análise das mudanças institucionais ocorridas na implementação de uma política por meio de dois outros modelos: Rede de Implementação e Modelo Interativo de Execução de Políticas. Ao final de cada par de modelos, há uma síntese dos argumentos.

1.1 Formação de Agenda e Formulação de Políticas Públicas

Entendida, simplificada, como uma orientação normativa que expressa finalidades (SUBIRATS, 2006), uma política pública surge após a seguinte metamorfose ocorrer: uma questão, ou um “estado de coisas”, torna-se um problema - ou um “problema político”- e, a partir desse momento, as autoridades públicas se convencem de que alguma providência deve ser tomada e esse tema entra como *input* no processo de tomada de decisão (RUA, 2013, p. 60). De acordo com Frey (1999), essa percepção de que há um problema político pode ser atribuída de forma mais ampla a diversos atores, como os grupos sociais, os políticos e a administração pública.

Desse modo, após o reconhecimento, pelas autoridades públicas ou por grupos da sociedade civil, de que há um problema a ser interferido estatalmente, o tema pode entrar na agenda governamental. A agenda governamental é definida como um conjunto de assuntos, selecionados dentre um volume complexo de questões que se apresentam, sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele concentram sua atenção em um determinado momento (KINGDON, 2011). Entende-se que o sistema político opera de forma seletiva, portanto, nem todas as demandas entram nesta agenda (BACHRACH; BARATZ, 1962 apud RUA, 2013), assim como não é garantido que, ao entrar nesta agenda, torne-se uma política pública. Nesse sentido, esses processos de entrada na agenda governamental e sua transformação em ações exequíveis não são triviais.

No que concerne à formulação das políticas públicas, esse processo ocorre, geralmente, alheio ao público e com um número reduzido de participantes, por isso é chamado de “função de bastidores⁴” (SIDNEY, 2007, p. 79, tradução nossa). Além disso, este processo tanto expressa quanto aloca poder entre interesses sociais, políticos e econômicos. A frase de Schattschneider (1960 apud SIDNEY, 2007, loc. cit., tradução nossa) expressa bem esse argumento: “a definição das alternativas é a escolha de conflitos, e a escolha de conflitos aloca poder”⁵. Sidney (2007) enfatiza que há vários fatores que explicam a formulação de políticas, por exemplos: os interesses envolvidos, o equilíbrio de poder dos participantes, as ideias e valores dominantes desses participantes, além da estrutura institucional do processo de estabelecimento das alternativas e, mais amplamente, os contextos históricos, políticos, sociais e econômicos. Também de acordo com este autor, selecionar entre a ampla gama de alternativas um conjunto menor de possíveis soluções, a partir das quais os tomadores de decisão realmente irão escolher, envolve aplicar um conjunto de critérios às alternativas, como viabilidade, aceitabilidade política, custos e benefícios (ibidem).

Na literatura de teoria e análise de políticas públicas, dois modelos se destacam na análise sistemática da formação da agenda governamental e da formulação de políticas: o Modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Streams Model*), de John W. Kingdon (2011)⁶, e a Teoria do Equilíbrio Pontuado (*Punctuated-Equilibrium Theory*), desenvolvida por James L. True, Bryan D. Jones e Frank R. Baumgartner (2007)⁷. Esses modelos apresentam similaridades, complementam-se em alguns pontos, além de serem úteis para compreender o objeto desta pesquisa. A seguir, ambos modelos são sintetizados, concentrando-se nos elementos teóricos que serão utilizados na análise do surgimento e construção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

1.1.1 Modelo de Múltiplos Fluxos

O Modelo de Múltiplos Fluxos foi elaborado por John Kingdon e se constituiu em um trabalho pioneiro sobre o processo de formação da agenda nos Estados Unidos em 1984

⁴ “Backroom function”.

⁵ “(...) the definition of the alternatives is the choice of conflicts, and the choice of conflicts allocates power”.

⁶ A primeira edição do livro *Agendas, Alternatives, and Public Policies* de John Kingdon é de 1984, mas a edição utilizada neste trabalho é a que foi publicada em 2011.

⁷ A primeira publicação da Teoria do Equilíbrio Pontuado é datada de 1999, com apenas Bryan D. Jones e Frank R. Baumgartner como autores, a qual esteve presente no livro *Theories of the Policy Process*, de Paul A. Sabatier. A publicação utilizada neste trabalho é a de 2007, de autoria do Jones e do Baumgartner somado às contribuições de James L. True.

(HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013), especificamente nas áreas de saúde e transportes do governo federal. Este modelo refere-se aos estágios chamados de pré-decisórios do modelo didático do ciclo de políticas públicas⁸, que são os da formação da agenda e o da formulação das políticas.

Kingdon (2011) ressalta que seu modelo está interessado nos processos em si, ou seja, como as agendas são estabelecidas e as alternativas são especificadas, a partir da compreensão de que “ideias” exercem um papel fundamental. A importância de se aventurar nessas análises, as quais não são fáceis como ele próprio adverte, está no desenvolvimento da “nossa compreensão sobre os resultados das políticas públicas e os processos governamentais, visto que eles não são completamente entendidos”⁹ (KINGDON, 2011, p. 2, tradução nossa). Nesse sentido, compreender a construção de uma política pública desde o reconhecimento de um problema e a concepção de uma ideia é essencial para entender sua trajetória e é por isso que se escolheu abordar o tema da PNASPI por essa via.

O Modelo de Múltiplos Fluxos consiste, basicamente, na identificação, definição e descrição de três fluxos: i) o dos problemas, ii) o das soluções ou alternativas e o iii) político¹⁰. Os três fluxos seguem cursos independentes, com dinâmicas e regras próprias. O fluxo dos problemas representa o processo pelo qual uma questão passa para ser reconhecida como um problema que deve ser sanado por uma política pública. O fluxo das soluções ou alternativas corresponde ao processo de elaboração de soluções a problemas, normalmente realizado por especialistas reunidos em comunidades. E, por fim, o fluxo político equivale ao contexto político, o qual é compreendido por um conjunto de fatores, “como humor público, campanhas de grupos de pressão, resultados eleitorais, distribuições partidárias ou ideológicas no Congresso e mudanças na Administração Pública”¹¹ (KINGDON, 2011, p. 145, tradução nossa). O encontro dos três fluxos é o que configura uma mudança na agenda, ou seja, um assunto entra em discussão e passa a ser cotado como política pública. Isso ocorre em momentos críticos denominados de janelas de oportunidade.

⁸ O Ciclo de Políticas Públicas corresponde a um modelo de valor heurístico que divide o processo de políticas públicas em estágios. Há diferentes classificações sobre quais são esses estágios, sendo a mais comum a divisão que compreende: a formação da agenda, a formulação das alternativas, a implementação e a avaliação.

⁹ “But the journey is also rewarding because the phenomena involved are so central to our comprehension of public policy outcomes and governmental processes, yet they are so incompletely understood”.

¹⁰ No original, os três fluxos são chamados de: *problems*, *policies* e *politics*. Optou-se por utilizar a tradução utilizada por Capella (2007), pois a tradução literal poderia gerar ambiguidades entre “políticas públicas” e “política”.

¹¹ “(...) as public mood, pressure group campaigns, election results, partisan or ideological distributions in Congress. and changes of administration.”

Como observa Kingdon (2011), em princípio, atores políticos em geral, ou seja, desde pessoas civis a burocratas e elites políticas podem estar envolvidos em cada um desses três fluxos, pois “a política pública não é domínio exclusivo dos analistas, assim como a política não é domínio exclusivo dos políticos”¹² (Ibidem, p. 197, tradução nossa). Dessa forma, o autor indica que há complexidade de interesses e confirma que não há insulamento burocrático ou técnico neste processo de elaboração de uma política pública.

No detalhamento de cada um dos fluxos, Kingdon (2011) ressalta o papel das ideias e a importância da interpretação. No primeiro fluxo, o dos problemas, Kingdon (2011) identifica três mecanismos por meio dos quais os defensores de uma política se utilizam para chamar atenção das autoridades públicas e transformar as questões em objetos de uma intervenção governamental. Esses mecanismos são: i) indicadores sistemáticos, por exemplo, taxas de mortalidade infantil; ii) eventos, crises e símbolos, que reforçam a percepção preexistente de um problema, e iii) *feedback* das ações governamentais, como o cumprimento ou não de metas. Assim, a definição dos problemas faz-se pela comparação das condições em análise com as de outras populações ou com o que se considera como ideal, além de poder ser o resultado de uma “inexorável marcha dos problemas pressionando o sistema”¹³ (ibidem, p. 16, tradução nossa).

No entanto, esses mecanismos, isolados ou em conjunto, não realizam a conversão automática das questões em problemas, pois estes são reconhecidos como construções sociais, ou seja, apresentam um elemento interpretativo no seu processo de definição. Nesse sentido, a interpretação é decisiva para chamar a atenção dos formuladores de política quanto ao problema e ele ganhar notoriedade no processo altamente competitivo de formação da agenda (ibidem).

No segundo fluxo, o das soluções ou alternativas, Kingdon (2011) defende que problemas e soluções não são gerados aos pares, apoiando-se, assim, no modelo do comportamento organizacional conhecido como Modelo da Lata de Lixo (*Garbage Can*) (MARCH, OLSEN; COHEN, 1972, apud KINGDON, 2011). Em outras palavras, as soluções escolhidas não foram forjadas para aquele problema específico, elas, provavelmente, já existiam. Segundo Kingdon (2011), as ideias relativas às soluções são geradas em comunidades formadas por especialistas que compartilham preocupações em determinada área. Essas possíveis soluções e alternativas para problemas abstratos “flutuam em um ‘caldo primitivo de políticas públicas’”, em analogia ao processo biológico de seleção natural (ibidem, p. 117). Algumas dessas ideias conseguem ser difundidas por meio do processo que ele chama de *soften*

¹² “Policy is not the sole province of analysts, for instance, nor is politics the sole province of politicians”.

¹³ “might be the inexorable march of problems pressing in on the system”.

up, no qual a opinião pública é sensibilizada pela persuasão, e aquelas que, após a sua difusão, apresentam valores compartilhados e que se mostram viáveis tecnicamente e financeiramente sobressaem nesse “caldo” (ibidem).

Portanto, o entendimento sobre a construção das soluções políticas difere-se do modelo intuitivo de resolução de problemas em que primeiro se percebe o problema e, em seguida, a solução é pensada para aquele problema. Segundo Kingdon (2011), diferentemente, as soluções, ou as propostas de políticas públicas, estão rondando os tomadores de decisão, “procurando por problemas aos quais se encaixam ou por eventos políticos que aumentam a sua probabilidade de adoção”¹⁴ ou, até mesmo, aguardando que agentes políticos encontrem patrocínio vantajoso e conveniente para essas soluções (ibidem, p. 172, tradução nossa).

No terceiro fluxo, o político, as coalizões são construídas em um processo de barganha e negociação política (KINGDON, 2011). E, mais uma vez, o papel das ideias é relevante. O “clima” ou o “humor” nacional corresponde a um dos três elementos desse fluxo, e é caracterizado pelo compartilhamento das mesmas questões pelo público em geral por um determinado período (ibidem, p. 146), que se constitui como um momento ideal para algumas ideias se desenvolverem e outras serem ignoradas. O segundo elemento deste fluxo é composto pelas forças políticas organizadas ou grupos de pressão, os quais atuam favorável ou contrariamente a determinadas propostas, sinalizando consenso ou conflito em uma arena política. O terceiro elemento, por sua vez, é referente às mudanças que ocorrem dentro do próprio governo, como as mudanças de pessoas em posições estratégicas na estrutura governamental - especialmente nos poderes executivo e legislativo e nas empresas públicas (KINGDON, 2011).

Kingdon (2011), ao distinguir três fluxos – o dos problemas, o das alternativas e o político –, diferencia-se da literatura majoritária da época que considerava que a definição do problema ocorria simultaneamente à especificação das alternativas. Ao fazer a distinção em fluxos, Kingdon (2011) também encerra uma discussão sobre os atores envolvidos na formação da agenda. O autor conclui que tanto especialistas quanto chefes do executivo são proeminentes no processo como um todo, mas que os primeiros estão mais envolvidos na especificação das alternativas – no segundo fluxo –, enquanto os segundos dominam a definição da agenda em si, ou seja, aquilo que será posto em votação no congresso ou parlamento – o que ocorre no primeiro e no terceiro fluxo.

¹⁴ “(...) searching for problems to which to become attached or political events that increase their likelihood of adoption”.

Desse modo, o surgimento de uma política pública, por esse modelo, dá-se pela convergência dos fluxos – que seguem rotas independentes – quando as janelas de oportunidades se encontram abertas, ou seja, quando um problema é reconhecido, uma solução já está disponível, o momento político permite mudanças na agenda governamental e os potenciais constrangimentos estão brandos. Mas não se restringe a isso. Kingdon (2011) enfatiza o papel dos empreendedores de políticas na conexão entre os fluxos. Eles são indivíduos, internos aos governos ou fora deles, dispostos a investir em uma ideia. Além disso, são especialistas em determinados assuntos e possuem habilidade em defender interesses de outros indivíduos, além de serem hábeis negociadores. Nesse sentido, a ação dos empreendedores corresponde a aguardar, com seu projeto de política pública bem documentado em mãos, em torno dos tomadores de decisão, o momento em que o problema pelo qual advogam está em debate e o fluxo político está favorável. Esse momento ideal é a janela de oportunidade. Às vezes, essa janela abre de forma previsível, devido a uma alteração planejada do programa de governo, por exemplo. Outras vezes, ocorre inesperadamente. O tempo que se mantém aberta é variável, mas, segundo Kingdon (2011), não é longo.

De acordo com Kingdon (2011), uma janela de oportunidade é comumente aberta devido a alterações no fluxo político, como uma mudança governamental, partidária ou ideológica, uma nova composição no legislativo ou uma alteração do clima ou humor nacional. No entanto, essas condições políticas não especificam quais propostas podem ser levadas a cabo. A atuação persuasiva de dar relevância e prioridade a propostas específicas é um trabalho do empreendedor de políticas. Uma outra condição de abertura da janela é um problema capturar a atenção da burocracia estatal ou daqueles próximos a ela, porém, para Kingdon (2011), os eventos políticos são condições mais comuns. Assim, tanto aspectos do fluxo de problemas quanto aqueles do fluxo político podem ser a causa da janela de oportunidade se abrir.

Um outro aspecto relevante deste modelo é que o fluxo dos problemas e o fluxo político se influenciam mutuamente, enquanto o fluxo das alternativas segue de forma mais independente. Por exemplo, quando uma oportunidade de mudança da agenda ocorre devido à pressão de um problema, as alternativas escolhidas se encaixam melhor ao problema se também forem aceitas no âmbito político (ibidem). De forma similar, quando um evento político abre uma janela, empreendedores de políticas buscam um problema que pode ser conectado a uma das soluções já propostas (ibidem). Esse argumento retoma a defesa do Modelo da Lata de Lixo, em que as soluções são produzidas independentemente dos problemas, além de sugerir ênfase

à análise do fluxo de problemas e do fluxo político em relação ao fluxo de alternativas, que é considerado menos pertinente para a compreensão da abertura das janelas de oportunidade.

A observação do caráter intrinsecamente político do processo de produção de políticas não é novidade do modelo descrito por Kingdon. É importante retomar Lindblom (1959), que desenvolveu a ideia do incrementalismo e que questionou a tomada de decisões perfeitamente racional. Para Lindblom (1959 apud MARQUES, 2013), considerando a opacidade e assimetria informacional, além dos custos de decisão, não é possível conceber a ideia de que o processo de construção de políticas baseia-se em grandes decisões racionais, ponderadas a partir da análise exaustiva das alternativas e dos respectivos custos. Ao contrário da literatura vigente na época, Lindblom (ibidem) sugeriu que meios e fins seriam escolhidos, frequentemente, de forma simultânea, “e o processo de decisão em políticas seria ‘incremental’, estabelecendo pequenas decisões subsequentes que poderiam ser revertidas com custos relativamente baixos, processo designado pelo autor de ‘comparações limitadas sucessivas’ entre alternativas” (ibidem, p. 5). Assim como no modelo de True, Baumgartner e Jones (2007), que será abordado em seguida, Kingdon (2011) argumenta que o incrementalismo descreve partes dos processos de formação de agenda e formulação de políticas, principalmente no que concerne à evolução gradual de propostas e de mudanças nas políticas existentes, mas falha na descrição das mudanças descontínuas ou repentinas da agenda.

1.1.2 Teoria do Equilíbrio Pontuado

Para completar o Modelo de Múltiplos Fluxos nos elementos necessários a uma compreensão ampliada da PNASPI, a Teoria do Equilíbrio Pontuado fornece argumentos relevantes para este fim. A Teoria do Equilíbrio Pontuado tem como inspiração uma teoria de evolução biológica de mesmo nome referente ao desenvolvimento de diferenças entre as espécies¹⁵. Esta teoria contesta que a evolução das espécies ocorra de forma suave e lenta como defendem os modelos teóricos darwinistas (TRUE; JONES; BAUMGARTNER, 2007). Segundo o Equilíbrio Pontuado das Ciências da Natureza, o desenvolvimento evolutivo seria “melhor “caracterizado por uma quase inércia, a qual é pontuada por extinções e substituições em larga escala”¹⁶ (Ibidem, p. 180, tradução nossa).

¹⁵ A teoria das Ciências Biológicas foi desenvolvida por Niles Eldredge e Stephen Gould nos anos 1970 para explicar o desenvolvimento das espécies na biologia de fósseis (MARQUES, 2013).

¹⁶ “(...) better characterized as a near stasis punctuated by large-scale extinctions and replacements”.

Pela mesma lógica, True, Jones e Baumgartner (2007) elaboraram a Teoria do Equilíbrio Pontuado para entender o processo de tomada de decisão nas políticas públicas, principalmente no que concerne aos processos de formulação e de mudanças. E, diferentemente de outros modelos teóricos que buscam explicar a estabilidade ou a mudança em políticas públicas, a Teoria do Equilíbrio Pontuado promete abranger ambos (ibidem, p. 155).

Essa teoria se ancora na premissa de que a racionalidade humana é limitada no processo de tomada de decisão e que os tomadores de decisão, cuja racionalidade é limitada, atuam no âmbito de instituições políticas. As instituições, por sua vez, estão divididas em dois níveis: i) o nível do subsistema e ii) o nível da macropolítica. Enquanto as decisões podem ser processadas de duas formas: i) paralelamente, no primeiro nível, ou ii) serialmente, no segundo (TRUE; JONES; BAUMGARTNER, 2007). Para os autores, a despeito de a realidade ser complexa e multifacetada, as mudanças significativas, chamadas de pontuadas, ocorrem uma de cada vez, ou seja, de forma serial. Nesse sentido, a transformação de uma questão em política pública assim como a alteração profunda de determinada política pública existente ocorrem num processo serial no nível macropolítico. É por meio deste processo e neste âmbito que o tema ganha relevância no cenário político central, notadamente no Congresso Nacional e na Presidência, no caso do Brasil, e está recebendo atenção exclusiva no momento. O processo de decisão de forma paralela, por sua vez, ocorre no âmbito dos subsistemas específicos, a exemplo das comunidades de especialistas e das instituições políticas setoriais, onde as políticas públicas e as questões aspirantes a políticas públicas estão acomodadas a maior parte do tempo e onde sofrem mudanças do tipo incremental.

Em outras palavras, a teoria compreende o processo de formulação e o de mudanças nas políticas públicas como pautados por dois períodos, um de equilíbrio ou quase inércia e outro em que há desequilíbrio, mudanças relevantes. No primeiro, o tema é capturado por um subsistema específico, passando por várias alterações incrementais de forma paralela e, no segundo, o tema entra na agenda macropolítica, cujo processo de decisão é do tipo serial. Quando mudanças no nível macro ocorrem, por menores que pareçam ser, elas têm capacidade de amplificação de seus efeitos no futuro, e fala-se em processo de *feedback* positivo. Nesse sentido, o *feedback* positivo é caracterizado por mudanças esporádicas e episódicas seguidas por reafirmações de estabilidade provocadas pelo efeito do contexto institucional. Por outro lado, se a estabilidade do sistema é mantida, diz que ocorreu um processo de *feedback* negativo. O que determina se um tema passará por um *feedback* positivo ou negativo é a forma como uma

nova imagem da política será recebida pelas arenas de políticas públicas. A imagem da política¹⁷ (*policy image*) exerce um papel central na teoria, visto que a forma como determinado assunto é enquadrado é que o torna apto ou não a receber atenção dos atores políticos.

A imagem da política é definida como a “maneira pela qual uma política é caracterizada ou compreendida”¹⁸ (TRUE; JONES; BAUMGARTNER, 2007, p. 176, tradução nossa). Assim, imagem da política é considerada pelos autores como a “munição de um processo de tomada de decisão”¹⁹, é a mistura da informação empírica com os apelos emotivos (Ibidem, p. 161, tradução nossa), sendo que estes são considerados fatores críticos, pois as alterações nos apelos emotivos da imagem da política podem influenciar a mobilização em torno de uma ideia rapidamente (CAPELLA, 2007). Nesse sentido, o aspecto institucional é relevante, pois, além de ser responsável pela estabilidade após a pontuação, a imagem da política está relacionada à interpretação de determinada questão e o desenvolvimento dessa compreensão ocorre em um contexto institucional, que pode favorecer determinados pontos de vista em detrimento de outros (CAPELLA, 2007). A imagem da política também exerce um papel crítico, expandindo questões para além do controle de especialistas e de interesses particulares que ocupam os chamados “monopólios de políticas públicas”. Os monopólios de políticas públicas são definidos como estruturas institucionais, responsáveis pela tomada de decisão em determinada área, dominados por um único interesse. Este único interesse é ancorado sobre uma imagem ou ideia forte, que, por sua vez, “geralmente está conectada à valores políticos centrais e pode ser expressa ao público de forma simples e direta”²⁰ (TRUE; JONES; BAUMGARTNER, 2007, p. 159, tradução nossa). O processo de *feedback* negativo será mais intenso em um monopólio de política bem-sucedido, mas nenhum monopólio de política pública é invulnerável para sempre (ibidem).

True, Jones e Baumgartner (2007) destacam que a explicação mais clara desta teoria é que tanto mudanças marginais (ou incrementais) quanto as de larga escala (ou pontuadas) originam-se da interação entre as instituições políticas, em todos seus níveis, e o comportamento dos tomadores de decisão, “uma combinação que cria padrões de estabilidade e mobilização ou equilíbrio pontuado”²¹ (ibidem, p. 156, tradução nossa). Dessa forma, reforça-se a consideração do contexto institucional na análise.

¹⁷ “Imagem da política” é o termo utilizado pelos autores traduzido literalmente, mas no presente trabalho entende-se que essa “política” é tanto a “questão” aspirante à política pública quanto as políticas vigentes.

¹⁸ “(...) the manner in which a policy is characterized or understood”.

¹⁹ “(...) grist for the policymaking process”.

²⁰ “This image is generally connected to core political values and can be communicated simply and directly to the public”.

²¹ “(...) a combination that creates patterns of stability and mobilization or punctuated equilibria”.

Simplificadamente, a teoria distingue dois contextos institucionais: o do subsistema e o da macropolítica. A movimentação de uma questão de um arranjo institucional para outro, tornando possível a transformação dos *inputs* em *policy outputs*, não é suave, como pondera os autores, visto que as “atividades de tomada de decisão são sujeitas à decisão e a custos de transação”²² (TRUE; JONES; BAUMGARTNER, 2007, p. 176, tradução nossa). Eles destacam dois tipos de custos de transação: os custos cognitivos e os custos institucionais. Os primeiros consistem no custo de reconhecimento pelos atores do enquadramento do problema e da concepção de suas soluções. Enquanto que os segundos representam a resistência institucional para mudanças, assim, a manutenção da estabilidade e o incrementalismo são reforçados.

Como são dois processos analisados pelos autores, o de formulação de uma nova política e o processo de alteração de uma política já estabelecida, eles ressaltam a resistência para que uma nova política seja formulada, assim como para que políticas públicas em curso passem por mudanças. Por outro lado, pontuam que o discurso que modela a imagem da política e o ponto escolhido para questionamento são cruciais para alterar esses dois tipos de inércia.

Como as questões são definidas no discurso público de diferentes formas (...), políticas existentes podem ser tanto reforçadas quanto questionadas. O reforço cria grandes obstáculos para qualquer mudança que não seja modesta, mas o questionamento das políticas nos seus níveis mais fundamentais cria oportunidades para grandes reversões nos seus resultados²³ (TRUE; BAUMGARTNER; JONES, 2007, p. 156, tradução nossa).

O argumento geral da Teoria do Equilíbrio Pontuado indica que o processamento de informação é desproporcional, ou seja, o processo de tomada de decisão alterna entre períodos de baixa e alta reação às informações que fluem do contexto institucional mais específico para o mais amplo. Segundo os autores, um evento marcante ou a acumulação de problemas ao longo de um período extenso podem provocar essas reações, se elas serão baixas ou altas dependerá da imagem que se dá aos problemas nos seus respectivos subsistemas, os quais são seus arranjos institucionais (TRUE; BAUMGARTNER; JONES, 2007).

Nesse sentido, a mobilização de atores externos à dinâmica política padrão entre Congresso e Presidência é necessária para superar “interesses estabelecidos”²⁴ e pressionar para que mudanças ocorram (ibidem, p. 157, tradução nossa). True, Baumgartner e Jones (2007, p. 162, tradução nossa) postulam que a ocorrência conjunta de três fatores - mobilização política,

²² “(...) decisionmaking activities are subject to decision and transaction costs”.

²³ “As issues are defined in public discourse in different ways (...), existing policies can be either reinforced or questioned. Reinforcement creates great obstacles to anything but modest change, but the questioning of policies at the most fundamental levels creates opportunities for major reversals in policy outcomes”.

²⁴ “Established interests”.

avanço na agenda governamental e *feedback* positivos - é uma condição necessária²⁵ para que as questões “transbordem”²⁶ para o sistema institucional da macropolítica, tornando possível que passem por transformações relevantes. Outra condição necessária e denominada, inclusive, de “precondição”²⁷ pelos autores é o acesso à agenda (ibidem, p. 159, tradução nossa). E, uma situação, que não garante, mas tornam as mudanças mais prováveis de ocorrer é a existência de novos participantes no debate da agenda.

Essas pressões que podem provocar as mudanças bruscas, ou “pontuações”, são caracterizadas pelos autores como mobilizações endógenas, mas um outro tipo de pressão também é abordado pelo modelo que são os choques externos. A única explicação de choques externos que se pode extrair da teoria é que são os focos de pressão oriundos de fontes outras que não são os centros de decisão da macropolítica nem os subsistemas de políticas públicas.

Observam-se algumas interseções entre a Teoria do Equilíbrio Pontuado e o Modelo dos Múltiplos Fluxos. Primeiramente, compartilham a ideia de que soluções e problemas percorrem caminhos diferentes. Segundo, os autores defendem que a imagem da política é central nos contextos institucionais onde são definidos os problemas quanto naqueles onde são selecionadas as soluções (CAPELLA, 2007). Terceiro, os grupos de interesse exercem um papel extremamente relevante nesse âmbito, pois a mobilização deles influencia essa imagem, pressiona as arenas políticas e os resultados. E, por fim, há condições para que as questões se tornem políticas ou as políticas já existentes se modifiquem drasticamente.

1.1.3 Argumentos Principais: Formação de Agenda e Formulação de Políticas Públicas

Em síntese, os principais argumentos dos dois modelos mobilizados para análise do processo de entrada da questão da saúde indígena na agenda governamental e do processo de formulação da PNASPI são os seguintes:

1. Os estágios de formação de agenda e de formulação de políticas públicas inovadoras são resultantes da convergência de três fluxos (de problemas, de soluções e o político), que apresentam cursos independentes, dinâmicas e regras próprias. O encontro dos três fluxos é o que configura uma oportunidade de mudança na agenda,

²⁵ Esses fatores formarem uma condição necessária é uma interpretação própria, não está explícita a expressão conceitual “condição necessária” no capítulo dos autores.

²⁶ “At that point, issues spill over into the macropolitical system”.

²⁷ “But this access is a precondition for major policy punctuations”.

ou seja, um assunto entra em discussão e passa a ser cotado como política pública. Isso ocorre em momentos críticos denominados de janelas de oportunidade.

2. O processo político de elaboração de uma política pública envolve disputas a fim de alcançar um consenso sobre a imagem da política, especialmente, quando há uma complexidade de interesses, instituições e atores envolvidos. Esse consenso requer a atuação persuasiva dos empreendedores de políticas, os quais irão argumentar para construir a conexão entre problema e alternativas, além de chamar a atenção da elite política que atua no sistema.
3. O ponto escolhido para questionamento de uma política em curso é crucial para alterar sua inércia. E o estouro das pontuações nas políticas públicas são fruto da interação entre as mobilizações de interesses e as instituições políticas, em seus diversos níveis, mediada pela imagem da política.
4. Há resistência para que políticas sejam criadas ou alteradas, tanto por modificarem o *status quo* quanto porque representam custos de transação. Dois tipos de custos de transação se destacam: os custos cognitivos e os custos institucionais.
5. Dentre as condições para que uma janela de oportunidade se abra e, assim, uma questão deixe seu subsistema e passe a ser debatida no nível macropolítico, destacam-se:
 - a) Nova composição governamental, no Executivo e/ou no Legislativo;
 - b) Presença de novos participantes no debate da agenda, o que pode ocorrer no âmbito governamental, burocrático ou na opinião pública;
 - c) Alteração do clima ou humor nacional;
 - d) Mobilização de atores externos à dinâmica política padrão entre Congresso e Presidência para superar interesses estabelecidos e pressionar para que mudanças ocorram;
 - e) Ocorrência conjunta de três fatores: mobilização política, avanço na agenda governamental e *feedback* positivos.

1.2 Implementação de Políticas Públicas

De acordo com os autores brasileiros Lima e D'Ascenzi (2013, p. 105), a implementação é conceituada como “processo de apropriação de uma ideia que, nesse sentido é consequência da interação entre a intenção (expressa no plano) e os elementos dos contextos locais de ação”.

Segundo eles, a análise do processo de implementação deve considerar fatores como: i) as características do plano que deu origem à política pública; ii) a organização do aparato administrativo responsável pela implementação e iii) as ideias, os valores e a concepção de mundo dos atores. O plano é um instrumento descentralizado e aberto que orienta a implementação, portanto, serve como ponto de partida, passível de adaptação a contextos particulares. A organização do aparato administrativo, por sua vez, refere-se ao conjunto de estruturas e diretrizes que os implementadores se utilizam para operacionalizar suas intervenções, como dotação orçamentária, contratação de profissionais e fluxos de comunicação. Enquanto que o fator combinado das ideias, dos valores e da concepção de mundo dos atores, que compõem as variáveis cognitivas, significa que a subjetividade dos tomadores de decisão, suas percepções e suas experiências prévias influenciam a forma como determinando plano é implementado.

Os recentes estudos sobre implementação têm substituído a ideia de rota de política como trajetória pré-concebida pelo entendimento de que há constante aprendizado e, por conseguinte, reformulação (XIMENES, 2018; SILVA; MELO, 2010). No entanto, o “embrião” deste entendimento não é atual. Majone and Wildavsky (1978) apresentam como argumento central a ideia de implementação como um processo evolutivo, pois os programas e projetos são constantemente redesenhados e redefinidos mediante processos de aprendizagem incremental. Eles partem da concepção de que os *inputs* políticos são definidos pelos tomadores de decisão, mas que são quase que inevitavelmente alterados no decorrer de sua execução.

Portanto, o processo de implementação de políticas públicas se destaca com o reconhecimento de que nem sempre as políticas públicas alcançam os resultados esperados como pretendido quando são desenhadas. Nesse sentido, a ação de implementar pode fazer com que uma política pública seja adiada, alterada, reduzida, enfim adaptada, “já que uma política altera sua forma à medida que evolui no confronto diário com as pressões organizacionais e comunitárias” (RIBEIRO, 2012, p. 11). As políticas também são modificadas pelos resultados obtidos, o que explica ser uma constante a diferença entre o desenho original e o que de fato se implementa no cotidiano da política (ibidem). Importante ressaltar que existem duas possibilidades em relação a essas modificações: i) as mudanças dificultarem a implementação ou ii) as mudanças serem decisões para permitir a implementação.

A implementação tem deixado de ser o “elo perdido” de Hargrove (1975) em virtude da profusão de trabalhos acadêmicos, de cunho empírico, em que tem sido o centro das atenções, mas, em relação à sua teorização, pode-se dizer que ainda se mostra pouco consistente ao ser

comparada aos modelos de formação de agenda e formulação de políticas públicas. Talvez essa “consistência” teórica não seja relevante. Como defende o professor Harald Saetren (2005), a implementação não é uma teoria, é um foco de investigação. Complementarmente, o autor Soren Winter (2010) destaca a necessidade de perspectivas teóricas e metodológicas diversas e parciais, em detrimento da busca por uma estrutura teórica geral no campo da implementação. Segundo Winter (2010), a generalidade pode prejudicar o esclarecimento conceitual e a especificação de variáveis e mecanismos causais.

Nesse sentido, dentre às inúmeras abordagens possíveis para o tema da implementação, escolheu-se descrever e analisar as mudanças de cunho institucional de 2002 a 2019 na PNASPI a partir de três modelos teóricos de análise: i) Abordagem dos Arranjos Institucionais e Instrumentos de Políticas Públicas, tal como apropriada por Roberto Rocha C. Pires e Alexandre Gomide (2014; 2016; 2018); ii) Rede de Implementação, também da forma sintetizada por Pedro Luiz Barros Silva e Marcus André Barreto Melo (2010) e iii) Modelo Interativo de Execução de Políticas, desenvolvido por Merilee Grindle e John W. Thomas (1991).

1.2.1 Abordagem dos Arranjos Institucionais e Instrumentos de Políticas Públicas

Segundo Gomide e Pires (2014), arranjos institucionais são conceituados como conjuntos “de regras e processos, formais e informais, que definem a forma particular como se articulam atores e interesses na implementação de uma política pública específica”. Nesse sentido, um arranjo institucional define quem são os atores envolvidos, quais são os papéis de cada um desses atores e de que forma eles interagem na produção de uma ação, um plano ou um programa governamental específico, além de chamar a atenção para o modelo de governança implícito na condução das políticas públicas (PIRES; GOMIDE, 2018). Ademais, o arranjo constitui o local (ou o *locus* institucional) em que as decisões e as ações das burocracias governamentais se entrelaçam com as decisões e as ações de atores políticos e sociais, o que repercute em impasses e obstáculos ou aprendizados e inovações nas políticas públicas (ibidem).

Os arranjos são preenchidos por instrumentos específicos que sustentam e organizam as relações no cotidiano de implementação da política. De acordo com Lascoumes e Le Galès (2007 apud PIRES; GOMIDE, 2018), os instrumentos são dispositivos técnicos e sociais que organizam as relações entre o governo e seus governados. O caráter desses instrumentos pode

ser: legislativo e regulatório; econômico e fiscal; convenções e incentivos; informativo e de comunicação. Pires e Gomide (2018, p. 5) dão como exemplos de instrumentos “os processos de conveniamento, editais, licitações, bancos de dados e índices, esquemas de certificação, isenção tributária”. Dessa forma, os instrumentos não apenas estruturam os arranjos, mas também influenciam o funcionamento deles, por meio do estabelecimento dos recursos disponíveis aos atores, impactando nos resultados que o arranjo será capaz ou não de produzir (PIRES; GOMIDE, 2018).

Arranjos institucionais e seus instrumentos podem assumir contornos variados, devido à mobilização de diferentes recursos organizacionais, financeiros, tecnológicos e humanos, condicionados pelas trajetórias passadas dos diferentes atores envolvidos (PIRES; GOMIDE, 2018). A identificação desses elementos e sua compreensão são importantes para a análise de por que algumas ações governamentais são mais bem-sucedidas do que outras (ibidem). Visto que, a depender da forma como esses arranjos e instrumentos incluem, coordenam e governam a interação entre os atores relevantes, eles podem gerar variações na execução da política pública (ibidem).

Portanto, seguindo a abordagem de Pires e Gomide (2018, p. 6), parte-se dos objetivos estipulados para uma política pública, por meio do seu plano, programa, projeto ou ação governamental, e considera-se que “a consecução de seus resultados é dependente do arranjo institucional que se configura para sua condução, envolvendo os múltiplos atores relevantes e os instrumentos que rotinizam as suas interações”. Essa configuração envolve: i) atores estatais, como as burocracias governamentais e os sistemas representativo e de controle; ii) a sociedade, por meio do sistema participativo e iii) o mercado, por meio das empresas privadas (PIRES; GOMIDE, 2018). Essa estrutura mais complexa é um reflexo da fragmentação dos aparatos estatais verticalizados, a partir de processos de descentralização, privatização e desregulação, e, também, devido à inserção de novos atores sociais, econômicos e políticos, que passam a ser reconhecidos como interlocutores e parceiros indispensáveis (ibidem). Nesse sentido, a tomada de decisão e a execução de políticas passam a ser distribuídas ou compartilhadas entre atores governamentais e não governamentais diversos (ibidem).

Segundo os autores (2016, p. 6), o encontro entre atores diversos (estatais, subnacionais e não governamentais) permite que os problemas a serem enfrentados e os projetos a serem desenhados possam ser discutidos sob diferentes perspectivas, mobilizando conhecimentos e recursos diversos, o que torna ampla “a aquisição de informações sobre os problemas, aumenta o estoque de conhecimento disponível para a formulação das soluções e, por fim, envolve

diversos agentes no acompanhamento, monitoramento e avaliação das iniciativas”. Por essa perspectiva, a inovação é entendida como “produto de interações institucionalmente estruturadas entre múltiplos atores, com recursos, competências e perspectivas variadas” (ibidem). Para Sabel (2004 apud PIRES; GOMIDE, 2016), um tipo de arranjo institucional complexo e desejável é o tipo inclusivo. Arranjos institucionais inclusivos são aqueles que permitem que atores locais julguem e revejam os processos de implementação de forma a corrigi-los, adaptando os objetivos gerais de uma política aos contextos e condições locais de implementação, em uma dinâmica em que o monitoramento e a reflexão coletiva sobre os resultados da política alimentam seu contínuo aprimoramento, que é conhecido como *learning by monitoring* (ibidem).

1.2.2 Rede de Implementação

Silva e Melo (2010, p. 9), parafraseando Bardach (1977)²⁸, relatam que a realidade averiguada por estudos empíricos é que “a implementação pode ser melhor representada como um jogo entre implementadores onde papéis são negociados, os graus de adesão ao programa variam, e os recursos entre atores são objetos de barganha”, bem como a informação é limitada, há ambiguidade de objetivos e problemas de coordenação intergovernamental. Assim, visto que os problemas manifestados na formulação repercutem na implementação, é importante considerar que o ambiente dos implementadores, bem como dos formuladores, é carregado de incertezas.

Esses ambientes incertos significam que: i) há limitações cognitivas relativas aos fenômenos complexos sobre os quais eles intervêm; ii) as contingências futuras que afetam o ambiente da política pública não podem ser previstas pelos formuladores; iii) há um amplo espaço para o comportamento discricionário dos agentes implementadores e iv) os projetos e programas são experimentações sociais, portanto, as preferências expressas na formulação podem apresentar um conteúdo que se revela, na implementação, divergente daqueles da coletividade (ibidem).

Como afirmam Silva e Melo (2010), uma vez que a implementação implica tomada de decisões, ela própria se constitui em fonte de informação para a formulação de políticas. As decisões da maioria das políticas setoriais são consideradas reformulações ou manutenção de políticas existentes nas quais se ajustam as metas, os recursos e os prazos de execução de forma

²⁸ Raciocínio presente na obra “The implementation Game”, de Eugene Bardach (1977).

incremental (Ibidem). Além disso, recusa-se o argumento de que implementação é uma etapa subsequente à formulação. Diferentemente, “a implementação é entendida como processo autônomo onde decisões cruciais são tomadas e não só ‘implementadas’” (ibidem, p. 10). Nesse sentido, decisões relevantes, para além do que é proposto na formulação da política, são necessárias no processo de implementação em vista de problemas como: conflitos interjurisdicionais entre órgãos e instituições, brechas e ambiguidades legais, omissões de normas operacionais.

Segundo Silva e Melo (2000), a política pública é adequadamente percebida como engenharia social. Nesse sentido, o ciclo de políticas seria um campo estratégico onde se observa uma indistinção relativa entre os três principais envolvidos: formuladores, implementadores e população-alvo. Isso significa que os três são potencialmente capazes de alterar a política, criando políticas. Uma afirmação dos autores, atualmente explorada por diversos estudos, é a de que a implementação geralmente está a cargo de uma rede de agentes, os quais pertencem a um campo interorganizacional. Nessas redes de implementação, os atores não governamentais têm ocupado papéis relevantes e dividido atribuições com agentes públicos.

A estratégia do “insulamento tecnocrático” defendido por alguns gestores e atores políticos, que consiste em isolar a política pública do jogo político mais amplo, é oposta à noção de redes de implementação e é criticada por Silva e Melo (2010, p. 12-13) como “irrealista e pouco democrática”. Irrealista, porque essa estratégia apresenta a premissa de que as burocracias governamentais são desinteressadas e racionais, ou seja, “portadoras do interesse coletivo”, e, do lado oposto, o jogo político seria caracterizado por “particularismos e corporativismo” (ibidem, p. 13). Além disso, a defesa pelo insulamento é pouco democrática, pois restringe a participação, a informação e o controle social.

Nesse sentido, os autores defendem que os grupos envolvidos pelas políticas e nela interessados, expressão comumente sintetizada como *stakeholders*, devem estar incorporados aos processos de formulação e de implementação de políticas. Silva e Melo (2010) argumentam que o efeito da exclusão dos atores que dão sustentação à política e da ausência de mecanismos de concertação e negociação entre tais atores confere baixa sustentabilidade e pouca legitimidade social às políticas públicas, principalmente as de caráter redistributivo, como as políticas sociais. A sustentação de tais políticas torna-se, portanto, frágil e fica a cargo da adesão circunstancial e, muitas vezes, oportunista de burocratas especializados.

Portanto, os autores ressignificam o ciclo de políticas públicas e o representam como redes complexas de formuladores, implementadores, *stakeholders* e beneficiários e por “nós” ou “elos” críticos. Os nós críticos representam os pontos no tempo em que questões se conjugam e essas questões são referentes aos processos de: i) sustentação política dos programas, ii) coordenação interinstitucional e iii) capacidade de mobilizar recursos institucionais. No instante da conjugação ocorre o que denominam de “crise”, que é concretizada na tomada de uma decisão crítica por um ator estratégico. Essa decisão crítica impele a política pública a uma nova rota, e esse momento de crise representa um momento de aprendizado na dinâmica da política.

Silva e Melo (2010) destacam a importância dos mecanismos de coordenação interinstitucional para a implementação de políticas públicas em contextos democráticos, descentralizados e com uma diversidade elevada de agentes implementadores. Ademais, observam que o “núcleo racional da formulação” dá lugar à deliberação, à engenharia social e à aprendizagem coletiva, visto que estes são mecanismos coerentes a contextos institucionais democráticos, onde instâncias de controle governamentais são fortalecidas e novas formas de participação e controle social são criadas.

1.2.3 Modelo Interativo de Execução de Políticas

O Modelo Interativo de Execução de Políticas, proposto por Merilee Grindle e John W. Thomas (1991), é tomado como o terceiro arcabouço teórico de análise das mudanças da implementação da PNASPI, pois o conceito de “execução” deste modelo equivale-se ao de “implementação” coerente aos fins desta dissertação. Segundo os autores (1991, p. 7, tradução nossa), “a execução consiste em uma série de escolhas que fazem os decisores e os diretores das políticas em resposta aos obstáculos, às mudanças de condições e às prioridades divergentes”²⁹.

Segundo Grindle e Thomas (1991), o Modelo Interativo de Execução de Políticas contrapõe-se ao denominado Modelo Linear de Execução, que, segundo os autores, estava geralmente implícito nas análises ou propostas de reforma de políticas públicas naquele momento. De acordo com os autores (1991, p. 2, tradução nossa), no Modelo Linear, a análise da tomada de decisão da política recebe mais atenção do que a análise da sua execução, visto que é pressuposto deste modelo que “a execução consiste em levar a cabo o que se decidiu”³⁰,

²⁹ “(...) la ejecución consiste en una serie de elecciones que hacen los responsables de las decisiones y los directores de políticas em respuesta a los obstáculos, los cambios de las condiciones y las prioridades divergentes”.

³⁰ “(...) la ejecución consiste em llevar a cabo lo que se ha decidido”.

e seu bom cumprimento depende da entidade executora, que é outro grupo diverso daquele responsável pela política, o qual deve ser fiel ao que foi planejado. Por essa perspectiva, se a execução fracassa, a causa é atribuída à ausência de vontade política e a solução é o fortalecimento da capacidade institucional. Um exemplo dessa abordagem, de acordo com Grindle e Thomas (1991), é seu uso pelos organismos internacionais financeiros e de desenvolvimento, especialmente o Banco Mundial, que a utilizavam nos acordos com governos de países em desenvolvimento, porém, de forma implícita.

Diferentemente, o Modelo Interativo de Execução de Políticas entende a etapa da implementação como um processo interativo, em que decisões são tomadas constantemente por pequenos grupos de responsáveis pela adoção e administração das políticas públicas, os quais não estão isolados, mas sim respondendo às reações externas em relação ao que já está sendo executado e ao que é previsto em relação às iniciativas reformadoras. As pesquisas realizadas pelos autores, ao longo de vários anos, permitem que eles afirmem que a implementação constitui o aspecto mais importante do processo de tomada de decisões e de reforma de políticas públicas. Ou seja, é devido às vicissitudes da implementação que mudanças são empreendidas em relação ao que foi formatado inicialmente. Outra conclusão de suas pesquisas é que, além dos êxitos e dos fracassos, existe “um número quase ilimitado de outros resultados possíveis”³¹ (GRINDLE; THOMAS, 1991, p. 4, tradução nossa). Um exemplo dado pelos autores de um resultado que não é considerado êxito nem fracasso é o caso em que a entidade executora altera substancialmente uma política muito tempo depois de seu surgimento.

Outra diferença com o Modelo Linear é que o Modelo Interativo considera a pressão exercida pelas partes interessadas como capaz de realizar mudanças naquilo que foi planejado. Alguns grupos de interesse podem ser mais eficazes influenciando os níveis superiores do governo, enquanto outros são mais bem-sucedidos afetando os diretores do processo de implementação ou aqueles que controlam os recursos. Portanto, os autores defendem que para analisar os resultados da implementação é fundamental compreender os interesses, onde estão localizados e quais são suas forças, pois a promoção, a alteração e a retificação das iniciativas de reforma das políticas públicas partem deles. Assim, o processo de decisão é expresso como uma “série de etapas formais e informais, com numerosos grupos de interesses e preocupações diferentes”³² (GRINDLE; THOMAS, 1991, p. 5, tradução nossa).

³¹ “(...) um número casi ilimitado de otros resultados posibles”.

³² “(...) serie de etapas formales e informales, con numerosos actores de intereses y preocupaciones diferentes”.

De acordo com Grindle e Thomas (1991), a oposição à determinada mudança na política aumenta quando a execução avança e seus efeitos se tornam mais notórios. A natureza da reação e a resposta à mudança dependerá substancialmente das características da política. Essas características também são responsáveis por determinar os recursos que demandam as elites políticas e os implementadores. Dentre as características da política, os autores assinalam cinco elementos que determinam se a reação ou resposta à reforma ocorrerá no âmbito público ou no burocrático: i) sua distribuição de custos e benefícios; ii) sua complexidade técnica; iii) sua intensidade administrativa; iv) seu impacto a curto e longo prazo e v) o grau que promove a participação.

Um outro âmbito de análise do Modelo Interativo de Execução de Políticas é o dos recursos. Para sustentar a reforma de uma política os autores dão ênfase aos recursos políticos, aos financeiros, aos administrativos e aos técnicos. Nesse sentido, aqueles que se opõem à mudança da política podem tentar bloquear o acesso a esses recursos.

1.2.4 Argumentos Principais: Implementação de Políticas

A partir desta breve descrição teórica, sintetizam-se os argumentos principais:

1. Arranjos institucionais podem ser definidos como o conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma pela qual se articulam atores e interesses na implementação de uma política pública específica. Os arranjos são preenchidos por instrumentos específicos que sustentam e organizam as relações no cotidiano de implementação da política.
2. Implementação pode ser vista como reformulação e aprendizado. Implementar é tomar decisões e isso pode significar mudança da política tal como foi originalmente concebida.
3. Há duas possibilidades em relação a essas modificações: i) as mudanças podem dificultar a implementação ou ii) as mudanças podem ser decisões para permitir a implementação.
4. As decisões da maioria das políticas setoriais são consideradas reformulações ou manutenção de políticas existentes nas quais se ajustam as metas, os recursos e os prazos de execução de forma incremental. Outras decisões, com maior repercussão, podem ser devido a problemas como:
 - a. Conflitos interjurisdicionais entre órgãos e instituições;

- b. Brechas e ambiguidades legais,
 - c. Omissões de normas operacionais.
5. A implementação, geralmente, está a cargo de uma rede de agentes, os quais pertencem a um campo interorganizacional. Nessas redes de implementação, os atores não governamentais têm ocupado papéis relevantes e dividido atribuições com agentes públicos.
 6. A política pública é adequadamente percebida como engenharia social. Nesse sentido, formuladores, implementadores e população-alvo são potencialmente capazes de alterar a política, criando políticas. O “insulamento tecnocrático” é oposto à noção de redes de implementação.
 7. O ciclo de políticas públicas é ressignificado pelo modelo das Redes de Implementação, pois é representado como redes complexas de formuladores, implementadores, *stakeholders* e beneficiários e por “nós” ou “elos” críticos. Os nós críticos representam os pontos no tempo em que questões se conjugam, podendo originar as crises (momentos em que decisões críticas, de mudança de rota, são tomadas). As questões que se conjugam são referentes aos processos de:
 - a. Sustentação política dos programas;
 - b. Coordenação interinstitucional (especialmente importante em contextos democráticos, descentralizados e com uma diversidade elevada de agentes implementadores) e
 - c. Capacidade de mobilizar recursos institucionais.
 8. De acordo com o Modelo Interativo de Execução de Políticas, se a implementação fracassa, a causa não é atribuída à ausência de vontade política e a solução não se restringe ao fortalecimento da capacidade institucional. Além dos êxitos e dos fracassos, há outros resultados possíveis, como a alteração substancial de uma política.
 9. O Modelo Interativo considera a pressão exercida pelas partes interessadas como capaz de realizar mudanças naquilo que foi planejado. Alguns grupos de interesse podem ser mais eficazes influenciando os níveis superiores do governo, enquanto outros são mais bem-sucedidos afetando os diretores do processo de implementação ou aqueles que controlam os recursos.

10. A natureza da reação e a resposta à mudança dependerá substancialmente das características da política. Se a reação ou resposta à reforma ocorrerá em um âmbito público ou em um burocrático, isso depende das características da política.
11. Para sustentar a reforma de uma política, os recursos políticos, financeiros, administrativos e técnicos são utilizados como barganha e negociação. Nesse sentido, aqueles que se opõem à mudança da política podem tentar bloquear o acesso a esses recursos.

1.3 Argumentos da Dissertação

A partir do arcabouço teórico deste capítulo e da descrição e análise realizadas nos dois capítulos seguintes, os argumentos tanto para o surgimento quanto para a implementação da PNASPI estão sintetizados a seguir:

1. A entrada da PNASPI na agenda decisória do governo federal é resultado da articulação de diferentes grupos, como o movimento sanitarista indigenista, ONGs de defesa dos direitos dos povos indígenas e lideranças indígenas. Em conjunto, eles agiram como empreendedores de uma política diferenciada de saúde indígena, a partir da diretriz do direito universal à saúde previsto na Constituição brasileira, no entanto, não efetivado para os indígenas nos marcos do SUS. Sérgio Arouca, expoente do movimento sanitarista e deputado federal, é um empreendedor de destaque da PNASPI.
2. O surgimento da PNASPI se justificou pelo questionamento do princípio da universalidade definido na política de saúde em curso e expressa pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Se o SUS não estava alcançando seu princípio fundador, a proposta era de que a partir desta política complementar, parte desta lacuna estaria sendo preenchida.
3. O chamamento de atenção para que a questão da saúde dos povos indígenas entrasse na agenda se deu a partir de relatórios de funcionários públicos (como os relatórios dos médicos do Serviço de Proteção ao Índio e do antropólogo Darcy Ribeiro) e de denúncias levadas à opinião pública nacional e internacional (como o Relatório Figueiredo e o Caso Yanomami). A divulgação da discrepância entre as condições de saúde da população indígena em comparação às do restante da população

brasileira revelou a precariedade das primeiras e a necessidade de uma política pública que minimizasse essa inequidade.

4. Considerando que as “ideias” exercem um papel fundamental na construção de uma política pública, argumenta-se que o processo político que culminou na PNASPI foi o resultado de um embate, ao longo do tempo, entre duas ideias opostas: i) a integração dos povos indígenas à sociedade brasileira e ii) o respeito às suas especificidades. A PNASPI é a expressão da segunda ideia, sendo que naquele processo político foi se construindo uma imagem da política pública de saúde diferenciada e específica para os povos indígenas brasileiros, vinculada ao direito à saúde de todos.
5. Os processos de formulação e implementação da PNASPI são interdependentes e dinâmicos, sendo que, no processo de implementação, a Política está sendo redesenhada ora com vistas a dar concretude à proposta de uma política diferenciada para os indígenas ora em função de conflitos e resistências à sua implementação na forma em que foi concebida originalmente.
6. A PNASPI vem passando por processos de aprendizagem incremental que estão produzindo mudanças institucionais com alteração das regras do jogo, alteração no *locus* institucional da política, dos atores envolvidos e das competências das unidades gestoras. Isso é favorecido pelo fato de que o arranjo institucional da PNASPI é inclusivo, fortalecendo o controle social, permitindo que os usuários indígenas adquiram maior conhecimento e busquem aprimorar a política por meio de participação ativa.
7. As respostas às propostas de mudança da PNASPI ocorreram majoritariamente no âmbito público do Modelo Interativo de Execução, visto que o controle social da PNASPI é um instrumento de política utilizado fortemente pela população indígena.

Nos capítulos seguintes, esses argumentos orientarão a descrição e a análise do surgimento e evolução da PNASPI. Uma trajetória de construção que remonta ao início do século XX, com o extinto Serviço de Proteção ao Índio (SPI), passa pela gestão da Funai, institui-se formalmente como política pública na Funasa e se desenvolve na Sesai.

2 SURGIMENTO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Neste capítulo, o processo em que ocorreram as primeiras ações estatais voltadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde dos povos indígenas desde o Serviço de Proteção aos Índios (SPI) até culminar na criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) e, mais tarde, na formalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) será descrito a partir da análise dos dados gerados por essa pesquisa. Nesse sentido, a pergunta que norteia este capítulo é: como a ideia de saúde diferenciada para os povos indígenas tornou-se uma política pública?

Assim, aqui há o esforço de reconstituir processos causais e realizar inferências descritivas concernentes à entrada da saúde indígena na agenda e da formulação da PNASPI. Os modelos teóricos-analíticos que serão a base para este capítulo são o Modelo de Múltiplos Fluxos e o Modelo do Equilíbrio Pontuado explicitados no capítulo anterior.

Parte-se da concepção de que a formação de agenda e a formulação de políticas públicas inovadoras são resultantes da convergência de três fluxos (de problemas, de soluções e o político), quando se configura uma oportunidade de mudança na agenda, ou seja, um assunto entra em discussão e passa a ser cotado como política pública. Isso ocorre em momentos críticos denominados de janelas de oportunidade.

Além disso, o processo político de elaboração de uma política pública envolve disputas a fim de alcançar um consenso sobre a imagem da política, especialmente, quando há uma complexidade de interesses, instituições e atores envolvidos. Esse consenso requer a atuação persuasiva dos empreendedores de políticas, que irão atuar para construir a conexão entre problema e alternativas, além de chamar a atenção da elite política que atua no sistema.

Outro argumento relevante é que o ponto escolhido para questionamento de uma política em curso é crucial para alterar sua inércia. E o estouro das pontuações nas políticas públicas são fruto da interação entre as mobilizações de interesses e as instituições políticas, em seus diversos níveis, mediada pela imagem da política. Além disso, há resistência para que políticas sejam criadas ou alteradas, tanto por modificarem o *status quo* quanto porque representam custos de transação. Dentre as condições para que uma janela de oportunidade se abra e, assim, uma questão deixe seu subsistema e passe a ser debatida no nível da macropolítica, destacam-se: i) nova composição governamental, no Executivo e/ou no Legislativo; ii) presença de novos participantes no debate da agenda, o que pode ocorrer no âmbito governamental, burocrático ou na opinião pública; iii) alteração do clima ou humor nacional; iv) mobilização de atores

externos à dinâmica política padrão entre Congresso e Presidência para superar interesses estabelecidos e pressionar para que mudanças ocorram; v) ocorrência conjunta de três fatores: mobilização política, avanço na agenda governamental e *feedback* positivos.

A partir desses argumentos, objetiva-se analisar, neste capítulo, o processo pelo qual a saúde indígena passou de questão para problema e foi inserida na agenda como uma política nacional em 2002, considerando o contexto político, histórico, o clima nacional da época e os atores e instituições envolvidos. Busca-se ainda identificar qual era a situação de saúde dos povos indígenas antes da PNASPI, o que justificaria a ideia de uma atenção à saúde diferenciada, visto que o Sistema Único de Saúde (SUS) existe desde 1990 como a materialização da política brasileira de saúde de caráter universal e pública.

2.1 Antecedentes históricos: as primeiras ações relativas à Saúde Indígena no Serviço de Proteção aos Índios (SPI)

Os povos indígenas são os primeiros brasileiros, no entanto, as ações estatais ocorridas no início da construção da nação omitem sua existência, quando não promovem seu genocídio. Devido a isso, a assistência à saúde dos povos indígenas se inicia por grupos privados, com os missionários católicos e presbiterianos. O Estado brasileiro, de forma incipiente, oficializa, pela primeira vez, uma política pública de cuidado à saúde dos povos indígenas apenas em 1910 com a criação do Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN), mais tarde, em 1918, chamado, simplificadamente, de Serviço de Proteção aos Índios (SPI). Criado pelo Decreto nº 8.072, em 20 de junho de 1910, o SPI era responsável por tutelar a população originária, além de ter como missão transformá-los em “civilizados” e adequada mão de obra para a república nascente. A questão da saúde indígena era mais uma das muitas funções do órgão.

Uma figura notória deste período é o marechal Cândido Mariano da Silva Rondon, mais conhecido como Marechal Rondon (1865-1958). A partir de 1908, o Marechal Rondon propôs a criação de uma agência indigenista do Estado brasileiro (LIMA, 1987). No entanto, as finalidades definidas para esse órgão não foram estabelecidas apenas por ele; a origem do SPI está nas redes sociais que ligavam os integrantes do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio (MAIC), do Apostolado Positivista no Brasil (do qual Rondon fazia parte) e do Museu Nacional (LIMA, 1987). O escritor, militar e político, Couto de Magalhães, também influenciou com suas ideias a instituição do SPI, por meio da defesa de uma estratégia diferenciada de assimilação das comunidades indígenas na sociedade nacional, de forma

pacífica e humana, além de utilizar os próprios idiomas dos povos originários (SCHNEIDER; ALMEIDA, 2019).

A princípio, as finalidades definidas para o SPI foram: i) estabelecer uma convivência pacífica com os povos indígenas; ii) garantir a sobrevivência física desses povos; iii) estimulá-los a adotarem gradualmente hábitos "civilizados"; iv) influir "amistosamente" na vida indígena; v) fixar o indígena à terra; vi) contribuir para o povoamento do interior do Brasil; vii) possibilitar o acesso e a produção de bens econômicos nas terras indígenas; viii) empregar a força de trabalho indígena com o objetivo de aumentar a produtividade agrícola; ix) fortalecer as iniciativas cívicas e o sentimento indígena de pertencer à nação brasileira (LIMA, 1987).

Rondon é conhecido como um homem que, apesar de ser saudado pela Forças Armadas apenas pelo seu patriotismo, era, também, pacifista³³, humanitário e tinha como ideais o multiculturalismo, a tolerância e a preservação tanto dos povos indígenas como das riquezas naturais do Brasil (ROHTER, 2019). Essa personalidade, talvez imprevista para um marechal, pode ser explicada por sua origem. Neto de indígenas (das etnias Bororo e Terena), nascido na fronteira entre o Pantanal e a Floresta Amazônica, Rondon era um mestiço que conviveu com comunidades indígenas desde sua infância (ROHTER, 2019).

A identificação da morte maciça das populações indígenas como um problema começa a surgir no início do século XX, apesar de bem incipiente, a partir dos relatórios das expedições científicas de desbravamento dos sertões empreendidas por três frentes diferentes. A primeira é a mais conhecida, a Comissão Rondon, e foi realizada por meio da Comissão Construtora das Linhas Telegráficas Estratégicas de Mato Grosso ao Amazonas a partir do ano de 1907, com o objetivo inicial de construir linhas telegráficas e levantar informações científicas de extensa porção do território nacional (CASER; SÁ, 2011). A segunda frente compreendeu viagens científicas promovidas pelo Instituto Oswaldo Cruz, a partir do mesmo ano, 1907, com trabalhos profiláticos no acompanhamento de ações relacionadas às atividades de exportação do país, a exemplo da construção de ferrovias, do saneamento dos portos e dos estudos voltados para a extração da borracha amazônica (AROUCA; LIMA, 2014). Já em relação à terceira, essa frente foi composta por viagens científicas financiadas pelo Instituto Manguinhos em apoio às atividades da Inspeção de Obras contra as Secas na década de 1910, com a finalidade de inventariar as condições epidemiológicas e socioeconômicas das regiões onde percorria o Rio

³³ Rondon seguia uma política de não violência absoluta: o lema do SPI era "Morrer se preciso for, matar nunca". Inclusive, foi indicado por Albert Einstein ao prêmio Nobel da Paz, em 1925. Einstein ficou maravilhado com a ideia de um general pacifista. Quando Rondon morreu, em 1958, Léopold Boissier, presidente do Comitê Internacional da Cruz Vermelha, saudou-o como "o mais importante apóstolo da não violência nos tempos modernos desde Gandhi" (ROHTER, 2019, p. 15).

São Francisco, além de outras regiões do Nordeste e do Centro-Oeste do país (AROUCA; LIMA, 2014).

Nos relatórios dessas expedições, as condições de saúde calamitosas da população interiorana do país eram evidenciadas. A ênfase era na população denominada “sertaneja”, ou seja, aquela miscigenada, considerada pelo senso comum da época como possuidores da “verdadeira brasilidade”, já a referência específica aos indígenas era pequena e pontual (AROUCA; LIMA, 2014, p. 64). No entanto, o prognóstico de desaparecimento dos povos indígenas sensibilizou o Marechal Rondon que, sob este argumento, propôs a criação do SPI como órgão de tutela dos povos indígenas pelo Estado (AROUCA; LIMA, 2014). A gravidade das condições de saúde dos indígenas era reforçada pelos relatos dos chefes de inspetorias que acompanhavam os índices de mortalidade, principalmente a infantil, as epidemias constantes e a alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias. Segundo o Relatório do Chefe de Inspeção do SPI no Amazonas e Território do Acre, Bento M. Pereira de Lemos, “era péssimo o estado sanitário de muitas regiões da Amazônia, onde faleciam muitas crianças” (LEMOS, 1921, p. 20 apud AROUCA; LIMA, 2014, p. 65).

Inicialmente, o SPI chamava-se SPILTAN (as três últimas letras significando “Localização de Trabalhadores Nacionais”), porque correspondia à linha programática do Ministério de Agricultura, Indústria e Comércio (MAIC) de promover a sedentarização dos indígenas para a disponibilidade de trabalhadores em áreas de acesso remoto e de desenvolvimento econômico ainda limitado (OLIVEIRA, 2016). Entretanto, aos poucos, o sertanismo de Rondon foi se aproximando mais dos métodos dos jesuítas, ou seja, ele buscou “isolar os indígenas e estabelecer um forte controle sobre as suas atividades e o seu modo de vida”, com a diferença de que, ao contrário dos jesuítas, ele não tinha a intenção de integrá-los econômica e culturalmente (OLIVEIRA, 2016, p. 310).

Para o indigenismo rondoniano, o indígena era um ser primitivo, que desconhecia o homem branco, que sofria a ameaça de extinção devido a sua difícil adaptação ao mundo contemporâneo (OLIVEIRA, 2016). Por essa perspectiva, a atenção do indigenismo no SPI, enquanto Rondon era seu diretor, dirigiu-se à tutela protecionista do “índio bravo”, que seria aquele “que não era batizado nem participava regularmente de circuitos de troca ou de trabalho com os regionais”, sobre o qual se propunha incorporar como um brasileiro (OLIVEIRA, 2016, p. 174-175).

Pacificando as tribos aguerridas, colocando-as sob tutela federal e impondo a paz nas relações entre brancos e índios, Rondon e seus seguidores muito contribuíram para abrandar as violências praticadas contra os indígenas no interior do País. Raramente,

porém, conseguiram preservar o habitat desses povos, ou assegurar o controle sobre os seus antigos territórios, logo incorporados ao mercado de terras e apropriados por interesses privados (OLIVEIRA, 2016, p. 175)

Como observam Arouca e Lima (2014, p. 59), “ausência, inoperância e ineficiência são termos muito utilizados tanto em textos de época quanto em análises contemporâneas sobre o Serviço de Proteção aos Índios”. No entanto, para além da ineficiência das ações da política indigenista do SPI, é importante considerar o esboço de ideias e reflexões sobre o contato interétnico e a concepção de um modelo de saúde diferenciada para as sociedades indígenas no âmbito deste órgão. Em 1942, criou-se a Seção de Estudos no âmbito do SPI e, em 1944, sob direção de Herbert Serpa, a Seção passa a preconizar a realização de estudos etnológicos e a propor a organização de um serviço médico-sanitário do SPI com caráter permanente e que considerasse as especificidades culturais dos indígenas (AROUCA; LIMA, 2014).

Pode-se identificar essa Seção de Estudos como uma “comunidade de especialistas” interna ao órgão indigenista, que propôs uma alternativa para a situação de saúde precária da população-alvo de suas ações, e uma identificação de soluções se esboça. No plano elaborado por Herbert Serpa na Seção de Estudos, a equipe de prestação contínua de saúde seria formada por médicos com especialização em etnologia “a fim de melhor compreenderem os problemas médico-sanitários das sociedades indígenas, além de resolver conflitos possíveis entre doentes e médicos”³⁴. A assistência médica seria conforme às diretivas da Divisão de Organização Sanitária do Departamento Nacional de Saúde (DNS), responsável pela centralização das ações de saúde pública da época, porém, essa assistência seria adaptada às realidades culturais dos indígenas (AROUCA; LIMA, 2014). É importante considerar que o ineditismo dessa proposta não caracterizava questionamento à medicina ocidental nem contrariava o pensamento racista de considerar os indígenas culturalmente inferiores, como pode ser observado pelas palavras usadas no próprio Plano de Serviço Médico.

A medicina preventiva e curativa que convém aos índios deve ser considerada em geral como uma especialidade. É naturalmente coparticipante da **medicina civilizada**, em todos os processos e técnicas de identificação ou diagnose e da arte da terapêutica, uma vez que o espírito do Serviço Médico do SPI que incide nos conflitos culturais eventuais, nesse campo, tende a firmar-se em favor da **medicina civilizada**, como é natural³⁵ (grifo nosso).

A concepção preponderante da época de que os povos indígenas estavam fadados ao desaparecimento pode indicar por que o SPI realizava apenas ações emergenciais e

³⁴ Plano do Serviço Médico para 1947. Museu do Índio, Funai, microfilme 1A, fotograma 4.213 apud AROUCA; LIMA, 2014, p. 69.

³⁵ Plano do Serviço Médico para 1947. Museu do Índio, Funai, microfilme 1A, fotograma 4.215 apud AROUCA; LIMA, 2014, p. 69.

campanhistas em saúde e por que a proposta de prestar uma assistência diferenciada aos povos indígenas não saiu do campo das ideias do grupo da Seção de Estudos do SPI. Além disso, havia um discurso de assimilação dos povos indígenas à sociedade, pois eles significavam um vestígio de um período antigo, colonial, antagônico à república nascente. Tal argumento era reforçado até mesmo por antropólogos, como Roquete-Pinto, que defendiam a transformação do “índio” em “sertanejo” como uma “evolução espontânea dos grupos indígenas” (AROUCA; LIMA, 2014, p. 61). Essa mentalidade muito forte na época pode ter dificultado a difusão da ideia da necessidade de ações assistenciais específicas aos povos indígenas e, por conseguinte, ter dificultado a conquista de recursos para o SPI. Dentre os principais problemas relatados na documentação relativa ao órgão em fins da década de 1940 estão “a falta de material médico e de profissionais qualificados para o exercício da assistência médica” (ibidem, p. 75).

Paralelamente às ações do SPI, entre 1943 e 1948, no contexto do Estado Novo do presidente Getúlio Vargas, o governo financiou uma marcha para o interior do país chamada de Expedição Roncador-Xingu. A Expedição estava ligada à Fundação Brasil Central que, por sua vez, estava diretamente subordinada à presidência da república (COSTA, 1987). No entanto, o comportamento dos componentes da Expedição, dentre eles, os irmãos Villas-Bôas (Orlando, Leonardo e Cláudio) e o médico Noel Nutels, foi influenciado mais pelo indigenismo rondoniano do que pelo modelo ditatorial e desenvolvimentista do governo. Os expedicionários propuseram um modelo de integração dos indígenas à sociedade que se realizasse de forma lenta, por meio de longos períodos de isolamento das populações de recém contato e da garantia de suas identidades étnicas e de seus estilos de vida (COSTA, 1987). A proposta de criação do Parque Nacional do Xingu em 1946 é fruto da Expedição Roncador-Xingu, assim como a construção de uma infraestrutura de atendimento à saúde das populações contatadas (ibidem). Em 1961, já no breve governo de Jânio Quadros, o Parque foi criado oficialmente, e Noel Nutels impôs quarentena sanitária a todos aqueles que entravam na região (ibidem). A partir de 1965, a Escola Paulista de Medicina passou a prestar assistência médica aos índios do Parque do Xingu através de convênios com o diretor do Parque, Orlando Villas-Bôas (ibidem).

Voltando à análise do SPI na saúde indígena, durante os anos de 1950 a 1954, o antropólogo Darcy Ribeiro assumiu a direção da Seção de Estudos e chamou a atenção para o etnocídio provocado pelo contato entre indígenas e brancos, problematizando as frentes de expansão do capitalismo e o discurso integracionista (AROUCA; LIMA, 2014). Darcy Ribeiro defendia que a sobrevivência das comunidades indígenas somente se faria possível “através de um esforço de assimilação como etnias minoritárias dentro de um novo contexto étnico nacional

multiétnico, mais capacitado a assegurar liberdade e bem-estar a seus componentes” (RIBEIRO, 1970, p. 445-446 apud AROUCA; LIMA, 2014, p. 72). No âmbito do SPI, ele foi responsável por produzir dados estatísticos em relação aos povos indígenas visitados e por constatar epidemias, mas sua principal preocupação estava em compreender a dramática redução demográfica indígena (comunidades inteiras estavam desaparecendo), suas causas e como isso estava afetando socialmente a população sobrevivente (AROUCA; LIMA, 2014).

Segundo o antropólogo, além das moléstias levadas pelos não indígenas, as novas formas de organização, social e econômica, impostas às comunidades indígenas provocavam a sua desestruturação, podendo levá-las ao extermínio (AROUCA; LIMA, 2014). Dentre as fontes do antropólogo, estavam os relatórios das expedições médico-sanitárias promovidas pelo SPI. A seguir, partes desses relatórios sobre a etnia Xavante, de Mato Grosso, estão reproduzidas para exemplificar como se dava essa desestruturação. O primeiro trecho foi relatado pelo médico Amaury Sadock, em 1954, e o segundo por Leão da Mota, em 1955:

De fato, a civilização, com todos os seus problemas alimentares de colheita, transporte, estocagem, preparo e etc., faz com que haja diminuição do valor nutritivo do alimento, ocasionando uma série de doenças por carência (...). Vamos, portanto, apelar junto às autoridades encarregadas da proteção ao índio, para que não introduzam no meio aborígene este mal da civilização: o uso abusivo das balas, doces etc. a fim de que não se repita aqui o que tem sucedido com todas as outras tribos de hábitos primitivos, onde a alimentação dos civilizados foi introduzida com o aumento crescente de cáries dentárias e deficiências nutricionais (AROUCA; LIMA, 2014, p. 72)

Mais uma vez tivemos a dolorosa oportunidade de verificar a tribo indígena sendo dizimada pela nossa civilização com as armas mais ofensivas e de maior poder de destruição para ela – vírus e bacilos, acompanhados do aliado natural, a fome. O índio Xavante está em fase de economia de coleta e não possui armazenamento em proporções satisfatórias de artigos de consumo alimentar. A atividade muscular que a coleta exige (...) fica interrompida desde que os indivíduos são atingidos por processos infecciosos, como é natural. Qualquer epidemia, mesmo a de simples gripe, (...) assume caráter catastrófico pela impossibilidade de atingir os alimentos para si e os seus. A subalimentação diminui a resistência orgânica para luta contra os germes (ibidem, p. 73).

As trágicas condições de saúde dos povos indígenas eram reveladas pelos relatórios médicos, e duras críticas se avolumaram contra o SPI. Como forma de melhorar a assistência prestada pelo órgão, surgiram duas iniciativas na década de 1950: i) o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) e ii) o convênio SPI com o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu)³⁶.

³⁶ O Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) foi criado no governo de Juscelino Kubitschek (JK) pela Lei nº 2.743/56, sendo subordinado diretamente ao Ministério da Saúde com o objetivo de lidar com as doenças do interior, tais como malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, febre amarela e esquistossomose (HOCHMAN; SILVA, 2014). O DNERu se tornou a principal estrutura de saúde do governo JK (ibidem).

O SUSA foi criado em 1956, no governo de Juscelino Kubitschek, e foi considerado a primeira estrutura de serviço **regular** de assistência à saúde dos povos indígenas e de populações residentes em locais de difícil acesso (AROUCA; LIMA, 2014; HOCHMAN; SILVA, 2014, grifo nosso). O SUSA foi uma iniciativa do médico tisiologista³⁷ Noel Nutels³⁸ e não se restringiu às ações de combate à tuberculose, apresentando significativo impacto no combate a epidemias em geral (AROUCA; LIMA, 2014). O resultado positivo desse serviço, que durou até 1973, se deve, principalmente, aos benefícios do transporte aéreo que consegue ultrapassar os obstáculos da dispersão dos núcleos indígenas e da dificuldade de acesso a eles. O SUSA recebeu o apoio da Força Aérea Brasileira (FAB), por meio do seu Correio Aéreo Sanitário, que auxiliava o transporte de material e equipes de saúde (HOCHMAN; SILVA, 2014). Até sua transformação em Unidade de Atendimento Especial (UAE) no Ministério da Saúde, em 1968, o SUSA teve grande importância ao estender os cuidados de saúde às populações indígenas, auxiliando e influenciando tanto o SPI quanto, mais tarde, a partir de 1967, a Fundação Nacional do Índio (Funai) e suas Equipes Volantes de Saúde (EVS) (HOCHMAN; SILVA, 2014). Segundo um dos entrevistados desta pesquisa, Izac Barbosa Axer, chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (Diasi), do Distrito Sanitário Especial Indígena de Minas Gerais e Espírito Santo (DSEI MG/ES), o trabalho do SUSA foi, principalmente, de caráter preventivo por meio da vacinação.

Aí começaram as campanhas de vacinação em massa dos índios, porque eles não entraram em contato conosco, ocidentais, e não tinham imunidade das doenças de grandes centros. Aí uma simples gripe dizimava uma comunidade. E essa equipe, equipe aérea, o SUSA, ela começou esse trabalho de uma medicina preventiva. Antes dos **bandeirantes** adentrarem numa comunidade indígena ia a equipe deles (do SUSA) para fazer o bloqueio e o trabalho da saúde. Só que não é só a vacina que é a saúde, não é só esse o trabalho (Izac Barbosa Axer, chefe da Diasi DSEI MG/ES, grifo nosso).

É interessante notar que o entrevistado chama de “bandeirantes”³⁹ aqueles que adentravam pelo interior do país, por meio dos projetos de integração e desenvolvimento do país, nas décadas (não tão distantes) de 1950 e de 1960. O termo que ele utiliza é apropriado ao sentido aqui expresso (apesar do erro de anacronismo), pois há uma reconquista do território

³⁷ Especialista médico em tuberculose (TISIOLOGISTA, 2019).

³⁸ De 1963 a 1964, Noel Nutels tornou-se diretor do SPI, por indicação de Darcy Ribeiro (AROUCA; LIMA, 2014).

³⁹ Entre os séculos XVI e XVII, os particulares que desbravaram o território brasileiro para além das fronteiras determinadas pelo Tratado de Tordesilhas foram chamados de bandeirantes. Eles eram homens, principalmente paulistas, que atuaram na captura de escravos fugitivos, aprisionamento de indígenas e na procura de pedras e metais preciosos pelo interior do Brasil (FAUSTO, 2006).

nacional e os povos indígenas se tornaram mais visíveis ao *serem esbarrados*⁴⁰ pela expansão do Estado. Nesse sentido, tornou-se necessário um diálogo mais sistemático com as instituições que os tutelavam e, conseqüentemente, o controle sanitário dos lugares percorridos pelas equipes de expansão estatal. Antes de uma preocupação com a saúde da população originária, a saúde pública priorizava “manter aberto o fluxo de mercadorias e de mão de obra” (HOCHMAN; SILVA, 2014, p. 86).

Quanto ao convênio SPI-DNERu, foi o médico João Leão da Motta, chefe da circunscrição do DNERu na região onde seria a futura capital do país, que apresentou, em 10 de maio de 1957, a proposta do convênio, que foi assinado em 1958 (HOCHMAN; SILVA, 2014; AROUCA; LIMA, 2014). Ficou estabelecido, então, que o Departamento seria o responsável pela assistência médica dos povos indígenas tutelados pelo SPI. As responsabilidades do DNERu seriam: i) assistência às endemias em que o DNERu já possuía postos instalados; ii) assistência às endemias de responsabilidade de outros serviços nacionais, mas que constituíam problemas clínicos importantes de patologia indígena; iii) assistência hospitalar domiciliar; iv) assistência médico-sanitária em epidemias; v) vacinação preventiva e assistência medicamentosa; vi) internação dos indígenas em hospitais públicos, sendo despesa do SPI as internações em hospitais privados e os custos de transporte (HOCHMAN; SILVA, 2014; AROUCA; LIMA, 2014).

Aqui cabe um parêntese para explicar brevemente a lógica preponderante na época sobre saúde e doença com o intuito de entender as dificuldades das iniciativas propostas, até então, na atenção à saúde das populações indígenas. Do período que vai desde o primeiro governo de Getúlio Vargas, passando pelos governos de Juscelino Kubistchek e João Goulart, até os governos ditatoriais de Humberto Castelo Branco e Arthur da Costa e Silva (ou seja, de 1930 a 1970), o modelo de ações sanitárias que predominava na saúde pública, não apenas no Brasil, era baseado na perspectiva chamada de “concepção biomédica restrita da saúde” (HOCHMAN; SILVA, 2014, p. 90). De acordo com essa concepção, as ações deveriam ser focadas na enfermidade. A eficiência deste modelo era medida pelas metas de controle e possível erradicação de uma doença, por meio do uso intensivo de técnicas e tecnologias ofertadas pelo conhecimento “superior” e “universal” da biomedicina (HOCHMAN; SILVA, 2014). Nesse sentido, os processos de mudanças sociais e ambientais, as práticas e conhecimentos tradicionais de cuidado bem como a diversidade das populações eram desconsiderados.

⁴⁰ Destaque para deixar claro o posicionamento de que os povos indígenas não são obstáculos ao desenvolvimento, mas o desenvolvimento defendido por grande parte deles (visto que não é possível generalizar) é do tipo sustentável e de respeito à “mãe natureza”.

Como observa Hochman e Silva (2014), ainda que o modelo vertical e segmentado por endemias específicas organizasse o SUS e o DNERu, os desafios dos projetos de desenvolvimento e integração nacional tornaram necessárias ações mais concertadas entre as campanhas e a população-alvo. Por exemplo, os autores citam que, nas circunscrições do Norte e do Centro-Oeste, as práticas assistenciais nos postos e serviços do DNERu eram mais integradas do que os organogramas e manuais orientavam. Ações contra endemias, por exemplo, não podiam ignorar outros problemas de saúde dos grupos indígenas que habitavam suas áreas de atuação.

Dessa forma, pode-se notar que se tornou uma questão cada vez mais relevante para os operadores da política de saúde pública, a partir da década de 1950, principalmente, a necessidade de expandir os serviços de saúde aos povos indígenas, os quais, até a expansão desenvolvimentista, não eram considerados públicos-alvo dos programas nacionais de saúde. Por essa perspectiva, pode-se analisar que o projeto desenvolvimentista apresentou duas e opostas consequências para os povos indígenas: i) desestabilização e ii) visibilidade. A primeira, negativa, é caracterizada pela intensificação da redução demográfica dos povos indígenas devido ao aumento do contato interétnico entre indígenas e não indígenas, o que provocou a disseminação de doenças às quais os indígenas ainda não tinham tido contato, portanto, não eram imunes, além de desestruturar seus ambientes, suas formas de organização econômica e familiar, que também afetou (e ainda afeta) suas condições de saúde. A segunda consequência, visibilidade, é positiva (apesar de ter derivado da primeira que foi trágica), pois se passou a atentar para uma população alijada das ações de saúde pública e que apresentava especificidades impossíveis de serem omitidas. Nesse sentido, pode-se perceber a configuração de uma concepção segundo a qual as populações indígenas deveriam receber uma atenção à saúde de forma diferenciada, o que pode ser considerado a modelagem de uma imagem de política que se contrapõe ao integracionismo.

2.2 Saúde Indígena na Fundação Nacional do Índio (Funai): mudanças incrementais

Em 1967, em pleno governo militar, a divulgação de um relatório redigido pelo então procurador Jader de Figueiredo Correia scandalizou o Brasil e o mundo a respeito do genocídio de indígenas (mais de oito mil foram mortos em apenas 10 povos estudados) provocado por latifundiários, políticos e funcionários do SPI durante as décadas de 1940, 1950 e 1960 (MEMORIAL DOS POVOS INDÍGENAS, 2019). A pedido do então ministro do Interior, Albuquerque Lima, o procurador Jader de Figueiredo realizou uma expedição que percorreu

mais de 16 mil quilômetros, entrevistou dezenas de agentes do SPI e visitou mais de 130 postos indígenas (MPF, 2019). O documento resultante da investigação é conhecido como Relatório Figueiredo⁴¹ e denuncia mais de mil funcionários do SPI, sendo o motivo para a extinção do órgão (CÂMARA, 2019).

Sobre a questão, assim se manifestou o atual Subprocurador Geral da República do Ministério Público Federal, Antônio Carlos Alpino Bigonha, segundo o qual, a política de integração assim como a submissão do órgão de proteção aos povos indígenas ao Ministério da Agricultura são experiências desastrosas que o Brasil já passou e não precisa vivenciar mais⁴².

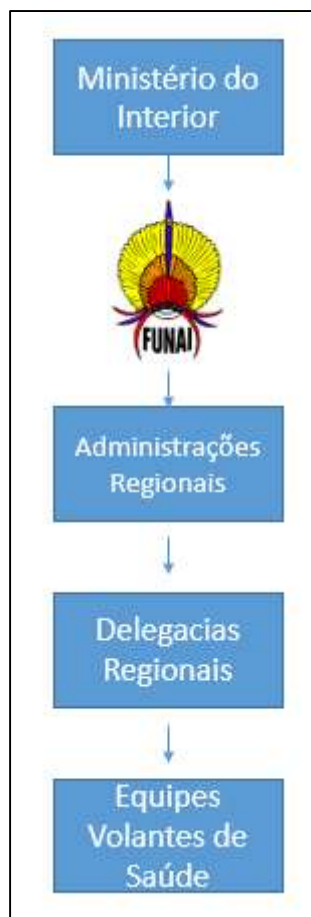
Sua repercussão foi tão grande, no âmbito interno e externo, que redundou, naquela época, na publicação de um artigo no jornal americano *The New York Times* (...). Então, essa foi a razão da extinção do SPI e da criação da Funai. Ela foi criada nesse contexto de vergonha nacional e internacional, pelas atrocidades praticadas pelo Estado brasileiro contra os índios no período em que o SPI esteve subordinado a essa política do Ministério da Agricultura de integração do índio à sociedade brasileira e de utilização de suas terras como terras agricultáveis.

Por meio da Lei 5.371, de 5 de dezembro de 1967, foi criada a Fundação Nacional do Índio (Funai), vinculada ao Ministério do Interior, para substituir as funções do Serviço de Proteção aos Índios (SPI). No artigo 1º, inciso V, desta norma, ficou estabelecido que a Funai seria responsável, dentre outras questões, por “promover a prestação da assistência médico-sanitária aos índios” (BRASIL, 1967). Essa prestação era realizada pelas Equipes Volantes de Saúde (EVS), compostas por médicos, dentistas, enfermeiros e laboratoristas (CEBES, 1988). A Funai mantinha essas equipes nas suas Administrações Regionais e elas se revezavam nos atendimentos por meio de “rodízios sistemáticos” nas áreas indígenas circunscritas às unidades administrativas denominadas Delegacias Regionais (ALMEIDA, 1988, p. 27).

⁴¹ Acreditava-se que o Relatório Figueiredo havia sido eliminado em um incêndio no Ministério da Agricultura, mas foi encontrado no Museu do Índio, no Rio de Janeiro, pelo pesquisador Marcelo Zelic, coordenador do Armazém Memória, com mais de 7 mil páginas preservadas e contendo 29 dos 30 tomos originais (MEMORIAL DOS POVOS INDÍGENAS, 2019). Dentre as denúncias estão: corrupção, torturas, estupros, caçadas humanas promovidas com metralhadoras e dinamites atiradas de aviões, inoculações propositais de varíola em povoados isolados, doação de açúcar misturado a estircina, que é um veneno (MPF, 2019). Quatro Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI) foram instauradoras devido às denúncias de violações, uma no Senado, em 1955, e três na Câmara dos Deputados, em 1963, 1968 e 1977 (MEMORIAL DOS POVOS INDÍGENAS, 2019).

⁴² O subprocurador manifestou-se na Comissão da Câmara de Deputados ocorrida durante o Acampamento Terra Livre em abril de 2019 contra a medida provisória nº 870, de 2019, defendendo a retirada da Funai do Ministério da Agricultura e seu retorno ao Ministério da Justiça por entender que há “conflito de interesses” entre Funai e Ministério da Agricultura e o Ministério da Justiça seria um “campo neutro” (nas palavras dele).

Figura 1 - Estrutura da Funai relativa à Saúde Indígena (1967)



Elaboração própria.

Portanto, os serviços de atenção à saúde dos indígenas continuavam sendo realizados de forma esporádica como demonstra os relatos de três entrevistados. Os dois primeiros trabalharam na assistência à saúde naquele período (décadas de 1970 e 1980, respectivamente) na Funai, e o terceiro trabalhou na Funasa como gestor em um período posterior (década de 1990), mas pôde relatar como era a gestão da saúde na competência da Funai.

Vale salientar que à época em que a saúde indígena permaneceu sob a responsabilidade da Funai, criada em 1967, passou por diversas dificuldades, especialmente a partir da década de 70, devido à grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades, carência de suprimentos e capacidade administrativa e de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto às comunidades culturalmente diferenciadas (ex-enfermeira da Funai).

(...) fui trabalhar lá (em Roraima) como técnico de enfermagem (da Funai), com os Yanomami, né, em 1980, e fazendo a atenção à saúde, mas sem estrutura e orientação, né, que não tem hoje. É muito difícil, nós atendíamos **somente casos agudos**, sem planejamento, sem nada, só acidentes com animais peçonhentos, acidentes de fraturas, parturientes, a **vacinação era a básica possível necessária**, não tinha a campanha

como tem hoje (Izac Barbosa Axer, chefe da Diasi DSEI MG/ES, grifos e parênteses nossos).

Antes não existia uma equipe na aldeia, antes a equipe era mínima, na época da Funai, era uma **equipe muito pequena**, e era uma **equipe itinerante** quase não tinha essa identidade⁴³ (com a população indígena), entendeu? (ex-gestor na Funasa, grifos e parênteses nossos).

A Funai também contava com a colaboração da Unidade de Atendimento Especial (UAE), antigo Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no combate à tuberculose, doença que representava a principal causa de morte dos indígenas⁴⁴ (ALMEIDA, 1988). Nesse sentido, a Funai e a Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS) passaram a ter um acordo de cooperação com a fixação de responsabilidades mútuas a partir de 1973 (ibidem), o que assemelhava ao que ocorria entre o SPI e o SUSA. À DNPS cabia planejar e programar as atividades de vigilância epidemiológica, preparar os profissionais, supervisionar e avaliar o Programa de Controle da Tuberculose, além de ações verticais executivas (ibidem). Enquanto à Funai, por meio da sua estrutura de saúde, a Divisão de Saúde⁴⁵, cabia executar as ações programadas, fornecer dados estatísticos, mobilizar e motivar as comunidades das áreas programáticas e fornecer apoio logístico às equipes da UAE (ibidem).

Entretanto, nem todas competências foram desenvolvidas como o planejado. Na prática, as EVS realizavam às vacinações e os atendimentos de forma periódica e ocasional, e precárias instalações de saúde foram implantadas nas aldeias, correspondendo aos locais destinados aos atendentes e enfermeiros que, basicamente, dispensavam remédios (ALMEIDA, 1988). Quando havia condições de realizar o deslocamento, os casos de emergência ou doenças mais graves eram tratados em centros de saúde fora das aldeias, por meio de convênios nas redes públicas locais (ibidem). A Funai supervisionou os poucos trabalhos de saúde ocorridos nas aldeias, quase que exclusivamente prestados por auxiliares ou atendentes de enfermagem (DSEI MG/ES, 2019). Segundo o antropólogo Rubem Tomaz de Almeida (ALMEIDA, 1988, p. 28), o trabalho realizado pela Funai apresentou uma “repetição perene de equívocos” no campo da saúde, por não ter sido marcado pela continuidade e devido à falta de “avaliação dos eventuais resultados obtidos”.

⁴³ O entrevistado falou anteriormente sobre a identidade do profissional de saúde com o indígena pós-PNASPI. Segundo ele, uma relação de confiança que não se tinha na época em que a Funai era a gestora das ações de saúde voltadas aos povos indígenas.

⁴⁴ Pelo menos até fins da década de 1990.

⁴⁵ Criada apenas a partir de 1973 (ALMEIDA, 1988).

Segundo médicos do Programa de Controle da Tuberculose⁴⁶, o impacto epidemiológico do Programa foi significativo em algumas áreas, mas não foi suficiente em relação à dimensão do problema devido à “deficiência de recursos materiais e de recursos humanos qualificados” (MIRANDA; HAUTEQUESTT; COSTA, 1988, p. 23). Dentre os resultados positivos do convênio Funai e UAE, estão o alto percentual da população indígena vacinada contra a tuberculose (92,4% da população indígena estimada pela Funai⁴⁷), os baixos percentuais de pacientes indígenas que abandonaram o tratamento (8,7%), além da seleção de atendentes e auxiliares de enfermagem, preferencialmente, entre indígenas que eram treinados para atuarem nos Postos Indígenas (MIRANDA; HAUTEQUESTT; COSTA, 1988).

Pode-se analisar que as mudanças ocorridas ao transferir as funções do SPI para a Funai, órgão criado para substituí-lo, foram do tipo incrementais. Nesse sentido, a lógica da atuação estatal itinerante, emergencial, concentrada nos casos agudos, na dispensação de remédios e na vacinação foi herdada de um órgão para outro, ocorrendo alterações, provavelmente, no maior número de indígenas atendidos devido ao aprimoramento dos meios de transporte e de comunicação da primeira metade para a segunda metade do século XX. Além disso, a ciência evoluiu neste período e um maior número de doenças e agravos passou a ser coberto por remédios e vacinas, então as melhorias incrementais são atribuídas mais aos fatores conjunturais da ciência e da tecnologia do que ao rearranjo institucional.

Dessa forma, o genocídio e as ilegalidades revelados pelo Relatório Figueiredo, a despeito da sua repercussão nacional e internacional, não provocaram uma “pontuação” na trajetória das ações estatais na atenção à saúde dos povos indígenas. A visibilidade da população indígena pelos formuladores de políticas públicas, assim como para sociedade em geral, ainda era baixa e a questão da saúde indígena permanecia sendo discutida pelo processo paralelo de tomada de decisões no nível do subsistema, não se elevando ao nível da macropolítica. Além de que a política contraditória do SPI de “proteger e tutelar para dominar e integrar”, não impondo obstáculos ao avanço violento da expansão desenvolvimentista do país nas terras ocupadas por indígenas, manteve-se durante a gestão da Funai, pelo menos, até a democratização (BANIWA, 2012, p. 208).

Entretanto, já neste momento, a precariedade das condições de vida das populações indígenas é identificada como um problema que não pode ser mais omitido pelo Estado

⁴⁶ Os médicos José Antônio Nunes de Miranda, Antônio Fraga de Hautequestt e Dina Czeresnia Costa escreveram um artigo que foi publicado pela revista Cebes em 1988, no qual relatam sobre o Programa de Controle da Tuberculose nas áreas indígenas.

⁴⁷ A Funai estimava a população indígena assistida pelo órgão em cerca de 146 mil e a população indígena geral era estimada em 200 mil no ano de 1985 (CEBES, 1988).

brasileiro, sendo uma das justificativas para a criação e manutenção da instituição indigenista (primeiro, SPI, depois, Funai). Entretanto, a captura desta questão como problema ainda estava circunscrita às pessoas mais próximas daquelas ações, mas é um início importante para a trajetória da política de saúde indígena. Outro aspecto importante do período até aqui descrito é o ensaio das primeiras tentativas de executar a ideia de política de saúde diferenciada e adequada à multiplicidade cultural indígena no fluxo de soluções, indo se configurando como solução para o problema.

2.3 Movimentos sociais de defesa dos indígenas e saúde indígena na pauta internacional: o fluxo político

A partir da década de 1970, possivelmente influenciado pela onda de contestações da época⁴⁸, o movimento indígena se manifesta, inicialmente, no campo nacional e, depois, no internacional. A agregação dos diversos povos, estimados em 180 nações (CEBES, 1988, p. 4), em um movimento social com anseios comuns apenas foi possível devido ao surgimento de dois novos atores: i) a Igreja Católica renovada e ii) as Organizações Não Governamentais (ONGs)⁴⁹ (BANIWA, 2012).

De acordo com o indígena Daniel Munduruku (2012), a Igreja Católica passou a ter um novo posicionamento em relação aos indígenas nessa década. Por meio da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), a Igreja Católica foi a primeira entidade a organizar ações contra a política indigenista oficial. Em 1969, ela criou a Operação Anchieta (OPAN)⁵⁰, cujo objetivo era enviar jovens para a “promoção integral das populações marginalizadas, especialmente as indígenas” (MUNDURUKU, 2012, p. 213). A partir da OPAN, foi instituída a Pastoral Indigenista da Igreja Católica, que conduziu uma política indigenista não oficial, contrária à política integracionista realizada pelo governo militar-ditatorial (MUNDURUKU, 2012).

O Conselho Indigenista Missionário (CIMI), também vinculado ao CNBB, desempenha, desde 1972, um papel relevante de articulação, apoio e divulgação das questões referentes aos

⁴⁸ No Brasil, manifestações sociais contra o regime ditatorial no país se intensificaram a partir da década de 1970. A organização de movimentos estudantis, da classe operária em seus sindicatos, das comunidades eclesiais de base e das pastorais marcaram este período (CARVALHO, 2004).

⁴⁹ As Organizações Não Governamentais fazem parte do chamado terceiro setor. São entidades privadas que atuam pelo interesse público. Também são chamadas de entidades paraestatais ou entidades da sociedade civil. Seus fins são públicos e não lucrativos, diferenciando-se do primeiro setor, pertinente ao Estado, e do segundo setor, o qual compreende o mercado.

⁵⁰ Opan passou a significar Operação Amazônia Nativa.

povos indígenas, inclusive, denunciando violações a seus direitos (BANIWA, 2012). O CIMI promove anualmente, desde 1978, os Encontros Nacionais de Saúde Indígena que contam com a participação de lideranças indígenas e parceiros do movimento indígena ligados a universidades e centros de pesquisa (LIEBGOTT et al, 2013). Como resultado desses Encontros, foi elaborado um documento com as diretrizes sobre atenção diferenciada à saúde aprovadas na 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena (1ª CNPSI), em 1986, e a proposição do modelo assistencial baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, aprovado na 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, e na 2ª Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, em 1993 (ibidem).

Com o apoio do CIMI, as lideranças indígenas organizaram assembleias indígenas entre as diferentes etnias para a discussão de seus problemas (MUNDURUKU, 2012). A quantidade de assembleias realizadas aumentava ano após ano e, conseqüentemente, os diferentes povos passavam a se conhecer melhor, fortalecendo seus laços nas causas comuns (MUNDURUKU, 2012; MUSEU DO ÍNDIO, 2019). São exemplos desses encontros a Assembleia Indígena, em 1974; a Semana do Índio, em 1978; a Assembleia de Líderes Indígenas, em 1981, e o Primeiro Encontro Nacional de Povos Indígenas, em 1982 (PEREIRA, 2014). A partir dessas assembleias, os próprios indígenas criaram a União das Nações Indígenas (UNI), em 1979 (MUSEU DO ÍNDIO, 2019). Além da OPAN, do CIMI e da UNI, outras ONGs se formaram nas décadas seguintes, constituindo grupos de pressão a favor das causas indígenas. Algumas dessas organizações estavam relacionadas a setores progressistas das universidades, como a União Nacional dos Estudantes (CEBES, 1988, p. 4), outras que se referiam a causas ambientais posicionavam-se em favor das minorias étnicas também e algumas eram vinculadas a igrejas protestantes, como a Missão Evangélica Caiuá e o Conselho de Missão entre Povos Indígenas.

Na década de 1980, o movimento indígena mais fortalecido se articula com o movimento da Reforma Sanitária (este iniciado em meados dos anos 1970), como é descrito pelo trecho a seguir da entrevista com a indígena pernambucana, Carmem Pankararu, presidenta do Sindicato dos Profissionais e Trabalhadores da Saúde Indígena (SindCopsi). Ela relata, também, como era a atuação da Funai na gestão da saúde indígena naquele período, justificando a realização da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1ª CNPSI) em 1986.

Eles (os sanitaristas⁵¹) vêm desde a 8ª Conferência, onde eles participaram de todo esse processo e foram protagonistas nas conferências de saúde indígena. A primeira conferência (1ª CNPSI) aconteceu, mais especificamente, em 86, no mesmo ano da 8ª (...) pela luta organizada dos povos indígenas em serem atendidos em suas bases. Pelas

⁵¹ Ela menciona alguns sanitaristas que recordou: os médicos Sérgio Arouca e Marcos Pelegrini; o antropólogo Renato Athias e a pesquisadora Sofia Mendonça da UNIFESP.

dificuldades que nós tínhamos em sermos atendidos. Primeiro, você sabe que, antes do SUS, para ser atendido você precisava ter carteira fichada, ter um cartão do INSS. INAMPS na época. Nós não tínhamos. Nós éramos encaminhados pela Funai para as Casas de Misericórdia, para a Cruz Vermelha, onde ali fazia o internamento dos indígenas. Isso na alta complexidade. Na atenção básica, a Funai fazia essa assistência campanhista. Tinha que fazer a campanha de vacina. Fazia uma vez no ano, entrava nas terras indígenas e fazia a assistência clínica, médica, odontológica (...). E as nossas dificuldades eram gritantes, néh. Porque não tinha nenhuma estrutura dentro das terras indígenas. Quando morria um indígena, (...) morria à míngua. Morria por doenças preveníveis. Morria por diarreia, por pneumonia, por malária, por doenças simples. Então a necessidade de ter um sistema próprio, que atendesse essas especificidades dentro da aldeia é isso que fortaleceu a nossa luta, baseado na nossa própria necessidade (Carmem Pankararu, indígena e presidenta do SindCopsi).

Em consonância com esse relato, Issô Truká, indígena e presidente do Conselho Distrital do DSEI de Pernambuco, também descreve a necessidade de se criar uma política de saúde específica aos povos indígenas e a articulação com o movimento de Reforma Sanitária, destacando o nome do médico sanitarista Sérgio Arouca.

Na conferência de proteção à saúde aos povos indígenas já se discutia esse modelo (modelo de saúde diferenciado para os povos indígenas), porque nós éramos atendidos de forma muito precária, como se fôssemos indigentes. Não existia uma política, e as Equipes Volantes da Funai passavam de 6 em 6 meses nas aldeias. Na 8ª conferência nacional de saúde pública, a gente faz proposições para que nós pudéssemos ser vistos diferentes, como nós somos, e ali se trava uma grande batalha. Sérgio Arouca estava presente, médico sanitarista e militante da reforma sanitária do Brasil, e ele nos vê com bastante atenção (Issô Truká, indígena e presidente do Condisi Pernambuco, parênteses nossos).

Como relatam os entrevistados, havia coordenação entre os grupos reformistas da saúde e os sanitaristas indigenistas, apesar de não isenta de conflitos, como apresenta Issô Truká em seu relato. É possível notar, também, que os indígenas participaram da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), constituindo a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI) um “desdobramento”⁵² dela, o que reforça o argumento de que havia certa cumplicidade entre as defesas por uma saúde pública universal e por uma política específica de atenção aos povos indígenas.

A 8ª CNS foi fundamental para a reformulação da Política Nacional de Saúde, ao aprovar as diretrizes básicas da reforma sanitária brasileira a serem implementadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), além de ser reconhecida como um marco da redemocratização, visto que obteve ampla participação da sociedade civil. A 8ª CNS foi referência nos debates da

⁵² Termo utilizado por uma das moções aprovadas na própria Conferência de Proteção à Saúde do Índio (ver KRENAK et al, 1988, p. 60). A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada entre 17 e 21 de março de 1986 e a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio ocorreu nos dias 27 a 29 de novembro do mesmo ano (ibidem).

Assembleia Constituinte sobre o tema, dando origem aos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988. Enquanto que a 1ª CNPSI correspondeu às primeiras discussões em torno do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas, com a participação de representantes de várias nações indígenas, órgãos públicos e organizações da sociedade civil que atuavam em apoio à causa indígena (KRENAK et al, 1988).

No âmbito internacional, o advento de novos paradigmas e de discussões inovadoras colaboraram para fortalecer o movimento da Reforma Sanitária e pressionar os tomadores de decisão do âmbito doméstico a promoverem mudanças na política de saúde, visto que uma nova imagem sobre saúde pública estava sendo defendida mundialmente. Como a imagem de uma política está relacionada a sua interpretação e o desenvolvimento dessa compreensão ocorre em um contexto institucional, é importante destacar alguns eventos e documentos, promovidos por organismos internacionais, que foram especialmente relevantes na construção de uma imagem de saúde pública universal, inclusiva e que se adequasse às especificidades de suas populações.

A partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que culminou na Declaração de Alma-Ata, em 1978, passou-se a considerar que os determinantes de saúde e a cobertura universal e gratuita dos serviços, com base no conceito renovado de Atenção Primária de Saúde, seriam norteadores das políticas públicas de saúde (SANDES et al., 2018). No Relatório Final da 1ª CNPSI, inclusive, é citado que o documento é baseado no entendimento da OMS, que está presente na Declaração de Alma-Ata, de que saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença (KRENAK et al, 1988).

Em 1982, a Organização das Nações Unidas (ONU) criou o Grupo de Trabalho sobre Povos Indígenas, desenvolvendo uma ampla gama de atividades e políticas como parte de sua agenda (CEPAL, 2014). Dentre essas atividades, cabe citar a adoção da Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais, em 1989, pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), organismo vinculado à ONU. A Convenção 169 representou uma importante conquista para os povos indígenas, visto que reforçou o reconhecimento de suas culturas e estabeleceu, como dever do Estado, a consulta prévia dos povos indígenas nas decisões de políticas e programas que podem afetá-los diretamente⁵³ (BRASIL, 2004). Na década de 1990, a discussão sobre a precariedade das condições sanitárias dos povos indígenas levou a Organização Pan-Americana

⁵³ A Convenção 169 foi adotada em Genebra, em 27 de junho de 1989, e entrou em vigor internacional em 5 de setembro de 1991 (BRASIL, 2004). No entanto, cada país signatário ratificou em um período posterior diferente. No Brasil, a ratificação ocorreu apenas em 2004.

de Saúde (OPAS)⁵⁴ a instituir a *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas*, que apoiava, dentre outras questões, o direito dos povos originários à autodeterminação e à participação sistemática nas decisões (SANDES et al., 2018). Também na década de 1990, na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, mais conhecida como Rio-92 ou Eco-92, as agressões ao meio ambiente assim como as condições precárias de saúde daqueles que viviam nas florestas brasileiras (notadamente os povos indígenas) repercutiram na mídia nacional e internacional (CASTELLANI, 2012). Essa repercussão multiplicou o apoio de organizações não governamentais às causas indígenas, incluindo aquelas envolvidas com as questões ambientais (ibidem).

A partir da descrição de alguns destaques do contexto histórico-político nacional e internacional, pode-se observar que a saúde indígena como problema vai se afirmando, ao mesmo tempo em que as soluções para esse problema vão se desenvolvendo paralelamente e configurando uma nova imagem de política indígena. Vários atores atuam no sentido não só de colocar em evidência a saúde indígena como problema como também de difundir a ideia de uma política de saúde específica, podendo ser vistos como empreendedores desta política.

Como expressão dessa construção do problema e da solução, destacam-se, no primeiro caso, o fato de a saúde indígena ter sido levada à 8ª CNS como questão a ser debatida e constar no relatório final desta Conferência, que é um marco para a política de saúde nacional, chamando, assim, a atenção das autoridades públicas. No segundo caso, na construção da solução, destaca-se a realização da 1ª CNPSI, com a presença de especialistas e profissionais de saúde, além dos indígenas, os maiores conhecedores de suas diversas realidades e que puderam expressar suas demandas. Nessa 1ª CNPSI, foram propostas as diretrizes para a construção de uma política nacional diferenciada, voltada aos povos indígenas e ancorada no sistema público, que também estava em discussão e construção naquele período.

No fluxo político, a definição da Reforma Sanitária e o contexto de redemocratização criaram condições e uma janela de oportunidade para inovações nas políticas públicas, dentro de um clima nacional favorável à inclusão e à ampliação de direitos. Impulsionam esse processo as mobilizações nacionais e internacionais (promovidas pelas ONGs e pelos organismos governamentais internacionais) e a atuação dos próprios indígenas por meio de campanhas. Apesar de inovações em relação aos indígenas viriam a ser consagradas na Constituição de

⁵⁴ Como continuidade dos trabalhos da OPAS em prol dos povos indígenas, é importante mencionar que o organismo propôs a incorporação da perspectiva indígena na elaboração de políticas nacionais de saúde, permitindo a integração entre medicina tradicional indígena e medicina científica ocidental (SANDES et al., 2018).

1988, uma política de saúde diferenciada ainda não foi definida naquele momento, visto que, na área da saúde, os esforços foram centrados na criação de um sistema universal o qual, formalmente, incluía também os indígenas.

2.4 Criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: convergência dos fluxos e pontuação na trajetória

Relatos de entrevistados indígenas demonstram a presença do movimento indígena na Assembleia Constituinte em 1987 como grupos de pressão, produzindo emendas populares, reivindicando uma política de saúde específica e atuando por meio de negociação política junto a parlamentares. Observa-se, também, a atuação de empreendedores da política, sendo o principal deles o médico sanitário Sérgio Arouca (citado por praticamente todos os entrevistados da pesquisa), mas também a médica Zilda Arns, da Pastoral da Criança, organismo católico vinculado ao CNBB.

Fizemos aquele movimento fortíssimo pela participação popular na constituinte federal, nas emendas populares neh. Então ali foram escritos vários textos que subsidiaram os deputados federais na elaboração da Carta Magna, tão retalhada nesse país como a Constituição Federal (Eni Carajá, indígena de contexto urbano).

No ato da Constituinte, os povos indígenas presentes já reivindicavam uma política que atendesse as especificidades dos povos indígenas. Que essa saúde fosse uma saúde específica, diferenciada, que dialogasse com as práticas tradicionais e culturais dos povos indígenas (Carmem Pankararu, indígena e presidenta do SindCopsi).

Em 87 cria a Assembleia Nacional Constituinte, a gente também começa a fazer um movimento junto aos parlamentares da época que a gente precisava dentro dessa nova constituição garantir aos povos indígenas direitos que não se tinham até então na Constituição de 64 e nas anteriores. A gente precisava sair desse processo, principalmente da tutela do Estado (...). Fizemos na época parceria com o CIMI, com nossas entidades e outras entidades indigenistas. Teve uma militância muito forte da Pastoral da Criança com a doutora Zilda Arns⁵⁵. Então tivemos muito apoio. Quando em 88 se aprova a Constituição, na iminência de aprovarem a Constituição, a gente começa a discutir com Jarbas Passarinho⁵⁶ e com outros parlamentares de assegurar os direitos indígenas e com isso é assegurado os artigos 231 e 232 da Constituição. Teve grande militância do Sérgio Arouca. E para a gente foi uma vitória muito grande (Issô Truká, indígena e presidente do Condisi Pernambuco).

⁵⁵ A médica pediatra e sanitária Zilda Arns coordenou de 2000 a 2006 a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), que faz parte do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, foi representante titular da CNBB no Conselho Nacional de Saúde, fundadora e coordenadora nacional da Pastoral da Criança-CNBB e coordenadora da Pastoral da Pessoa Idosa-CNBB (MEMÓRIA DA CISI, 2006).

⁵⁶ Jarbas Passarinho era senador na época pelo então PMDB (de 1967 a 1995) e, depois, foi Ministro da Justiça no governo Collor (1990 a 1992).

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988 (CF/88), as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas, bem como seus direitos territoriais e sociais foram reconhecidos. Isso representou uma mudança significativa da imagem nacional sobre os povos indígenas, pois as constituições anteriores (de 1824, de 1891, de 1934, de 1937, de 1945 e a de 1967) não reconheciam as sociedades indígenas como diferenciadas, pelo contrário, guiavam-se por uma lógica integracionista, ou seja, a ideia presente nelas era de que a pessoa indígena deveria se incorporar à sociedade nacional, eliminando, assim, suas especificidades étnico-culturais (CEBES, 1988). Além disso, a União foi instituída definitivamente como instância privativa para legislar e tratar das questões indígenas, além de que o conceito de “capacidade relativa dos silvícolas”, presente no Código Civil de 1917, juntamente com o “poder de tutela” perderam validade (ISA, 2019). Essas vitórias constitucionais precisariam, porém, ser regulamentadas e consolidadas politicamente. Por essas inovações, a CF/88 é considerada uma das mais avançadas sobre a questão indígena no mundo (LANGDON, 1999).

Também, na Carta Magna, os princípios de universalidade e de igualdade no acesso à saúde foram instituídos, além da promessa de políticas públicas garantidoras de tal direito – o que era uma profunda mudança nos princípios até então prevalecentes na política de saúde do país.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

Assim, a CF/88 representa uma grande conquista para a questão da saúde, pois há a definição das bases para o Sistema Único de Saúde (SUS), e também para o reconhecimento das especificidades indígenas e a delegação à União da competência privativa para tratar das questões indígenas. No entanto, o processo para se efetivar plenamente o que está na CF/88 tem sido moroso. O SUS é regulamentado pela Lei 8.080/90, logo após a promulgação da CF/88, mas a assistência diferenciada à saúde da população indígena pelo SUS ainda não era uma realidade na década de 1990. A proposta do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) já estava pronta, mas havia resistência parlamentar para ser votada, segundo o líder indígena Issô Truká, que atuou politicamente naquele período.

Começa a se desenhar a questão do SUS, que já é um apontamento da 8ª Conferência (8ª CNS), e Sérgio Arouca começa a discutir com outros sanitaristas o modelo de um sistema universal para atender todo povo brasileiro, mas, em relação aos povos indígenas, ele defendia que teria que se criar um subsistema (...). A gente sai dessa militância do Sérgio Arouca e se implanta o SUS, mas a gente não consegue que se

aprove o projeto do Sérgio Arouca. Esse projeto ficou engavetado por 9 anos⁵⁷, por causa da resistência tanto dos parlamentares quanto do presidente⁵⁸ (Issô Truká, indígena e presidente do Condisi Pernambuco).

Várias das condições para que a janela de oportunidade fosse aberta já se faziam presentes, mas não se mostraram suficientes. Dentre essas condições, destacam-se: i) composição governamental renovada, visto que, em 1990, inaugura-se o primeiro governo federal eleito pelo voto democrático pós-regime militar submetido a uma nova Constituição; ii) alteração do clima ou humor nacional, ocorrido com o advento do período democrático e a vitória da saúde pública universal; iii) mobilização de atores externos à dinâmica política padrão entre Congresso e Presidência, que são os líderes indígenas e as ONGs indigenistas, com o objetivo de superar interesses estabelecidos e pressionar para que mudanças ocorressem.

As condições para a criação do Subsistema de Saúde Indígena levadas pelo fluxo político não foram suficientes, mas uma situação capturou a atenção da opinião pública, no fluxo de problemas, e acrescentou mais um elemento para a abertura da janela de oportunidade. A situação que atraiu atenção nacional e internacional foi o caso Yanomami, em Roraima, e pode ser considerado a causa para a homologação da maior terra indígena do país (a Terra Indígena Yanomami) e uma das razões para o Decreto n° 23 de 1991, que provocou o avanço da questão da saúde indígena na agenda governamental.

O caso Yanomami foi descrito pela antropóloga Alcida Ramos (1993 apud CASTELLANI, 2012), no trabalho intitulado “O papel político das epidemias: o caso Yanomami”. De acordo com a antropóloga, a ocupação da terra indígena Yanomami pelos projetos do Exército, inicialmente, a exemplo do projeto Calha Norte⁵⁹ e, depois por cerca de 40 mil garimpeiros que invadiram a terra indígena para a exploração mineral, deixaram como consequências a destruição ambiental, a miséria do povo Yanomami e a introdução de doenças e epidemias na comunidade indígena (RAMOS, 1993 apud CASTELLANI, 2012).

De meados de 1987 a janeiro de 1990, no auge da corrida do ouro, estima-se que cerca de mil Yanomami, ou seja, 14% de sua população em Roraima, tenha morrido principalmente por causa de doenças como a malária (Funasa, 1991, p. 73). Se considerarmos que esse número se refere apenas aos cerca de 6.700 Yanomami que

⁵⁷ Esses nove anos podem ser considerados para menos ou para mais dependendo da referência de partida da contagem. Para menos, se for considerar desde a proposição do Projeto de Lei 4.681, que deu origem à Lei Arouca (9.836/99), pelo então deputado federal Sérgio Arouca na Câmara dos Deputados em 1994. Nesse sentido, seriam cinco anos de espera para sua aprovação. Mas, considerando que a militância indígena junto ao sanitarista é datada desde 1986, na concomitância da 8ª CNS e a 1ª CNSPI, o período de espera para uma proposta que já tinha sido delineada chega a 12 anos.

⁵⁸ O presidente era Fernando Collor de Mello em 1990.

⁵⁹ O Projeto Calha Norte existe desde 1985 e é financiado pelo Ministério da Defesa. Esse projeto tem como um dos seus objetivos ocupar os “vazios estratégicos” do território brasileiro (Ministério da Defesa, 2019, p. 1).

vivem no estado de Roraima (...) (RAMOS, 1993, p. 9 apud CASTELLANI, 2012, p. 44).

Manifestações do movimento indígena e a atuação do líder yanomami Davi Kopenawa, que era uma figura conhecida por ter recebido o Prêmio Global 500 por sua luta pelo meio ambiente, ajudaram na publicização do caso (CASTELLANI, 2012; FUNAI, 2012). Em 1989, um relatório sobre a situação de saúde e sanitária do povo Yanomami foi encaminhado à Secretaria-Geral da ONU (FUNAI, 2012). Em março do mesmo ano, o caso Yanomami foi um dos mais relatados durante um seminário em Genebra sobre "Efeitos do Racismo e Discriminação Racial sobre as Relações Sociais e Econômicas entre Estados e Povos Indígenas" (ibidem). Além disso, o Banco Mundial pressionou economicamente o governo brasileiro, ameaçando-o por meio das medidas de salvaguardas⁶⁰ das condições ambientais presentes em contratos que regiam os empréstimos ao Brasil (GARNELO, 2014).

Como consequência da repercussão do caso, o governo Collor (1990 a 1992), por meio do Decreto nº 23/91, transferiu a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde indígena da Funai para o Ministério da Saúde, em 1991. Essa medida é atribuída à pressão do movimento indígena, principalmente com a notoriedade do caso Yanomami, mas, também, pode ser entendida como uma conjugação dos interesses do presidente, que era contrário à descentralização defendida pela Reforma Sanitária, e dos interesses indígenas de manter o governo federal na condução da política de saúde indígena (CASTELLANI, 2012; GARNELO, 2014). Apesar de essa medida parecer ser a mera transferência burocrática das ações de saúde de um órgão federal (Funai) para outro (Ministério da Saúde), também federal, ela representa, na verdade, uma mudança política significativa. Porque o processo de decisão deixa de estar concentrado no nível do subsistema do órgão indigenista (onde a estabilidade e o incrementalismo são preponderantes) e atinge o nível decisório central da política de saúde pública, abrindo caminho para que mudanças pontuadas, isto é, significativas, possam ocorrer na política de saúde indígena.

Nesse sentido, ressalta-se outra medida do Decreto 23/91 que foi a organização da assistência à saúde dos povos indígenas na forma de “distritos sanitários de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas” (BRASIL, 1991, art. 4º, par. 1º). O primeiro “Distrito Sanitário de Natureza Especial” foi na Terra Indígena Yanomami, que se tornou um distrito piloto para a organização dos demais a partir de

⁶⁰ Ações para prevenir ou minimizar impactos ambientais e sociais (FUNBIO, 2013).

1999. Por ambas medidas, o Decreto 23/91 representou a inserção das lutas das minorias étnicas, finalmente, à cena política da universalização da saúde no país.

No entanto, é importante ponderar que a transferência da competência pela assistência à saúde da população indígena da Funai para o Ministério da Saúde (MS) não foi completa de imediato, além de ter sofrido reveses. Assim, de 1991 a 1994, essa competência estava delegada à Fundação Nacional da Saúde (Funasa⁶¹), órgão vinculado ao MS e criado a partir da fusão da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação Sesp). As ações da Funasa estariam articuladas com as da Funai por meio da Coordenação de Saúde do Índio (Cosai), subordinada ao Departamento de Operações da Funasa (Deope/Funasa). Nesse sentido, a Cosai deveria “coordenar, em articulação com a instituição indigenista nacional, as ações de controle de endemias desenvolvidas pelos órgãos competentes do MS, junto às populações indígenas” (FUNASA, 1991, p. 2), além de outras funções de coordenação, assessoria e organização (ver anexo).

Diferentemente da proposta da 1ª CNSPI, a nova fundação, Funasa, não significava um órgão específico para a política de saúde indígena, visto que era responsável, também, pelo Programa Nacional de Imunizações, pelos Planos de Combate e Controle de Doenças (a exemplo do Programa de Combate à Tuberculose), pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica, pela Pneumologia Sanitária, dentre outros. Ou seja, a Funasa continuou a executar o que a Sucam e a Fundação Sesp faziam, sendo a gestão da política de saúde indígena mais uma atribuição dentre as atribuições específicas da fundação (PEREIRA, 2014). Em relação à experiência com as populações indígenas, os profissionais do Programa de Combate à Tuberculose já estavam familiarizados com os indígenas por mais de 30 anos quando desenvolveram a Unidade de Atendimento Especial (UAE) em parceria com a Funai (ibidem). No entanto, essa capacitação para lidar com as especificidades culturais e epidemiológicas dos múltiplos grupos indígenas não era estendida à Funasa em seu todo.

Ainda em 1991, o reformulado Conselho Nacional de Saúde criou, por meio da Resolução nº 011 de 31 de outubro, a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), formada por representantes dos indígenas, de ONGs, de universidades e dos Ministérios da Saúde e da Justiça (LIEBGOTT, 2013). Dentre as organizações que constituíram a CISI inicialmente, cabe citar as quatro entidades representativas dos povos indígenas: o Conselho Indígena de Roraima (CIR), a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), a Associação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME) e a

⁶¹ Inicialmente, a sigla era FNS, depois, com a Medida Provisória nº 2.216-37, de 2001, passa a ser Funasa.

União das Nações Indígenas do Acre (UNI-AC); duas entidades indigenistas: o Cimi e a Associação Brasileira de Antropologia (ABA); três unidades de pesquisa acadêmica: a Fundação Oswaldo Cruz, a Escola Paulista de Medicina e a Universidade do Amazonas; por fim, representantes do poder público pertencentes às seguintes entidades: Funai e Funasa (HISTÓRICO..., 2016; PEREIRA, 2014).

O objetivo da CISI era assessorar o Conselho Nacional de Saúde na elaboração de princípios e diretrizes da política de saúde indígena, bem como acompanhar a saúde dos povos indígenas, por meio da articulação intersetorial entre governo e sociedade civil organizada (LIEBGOTT, 2013). Dentre as atribuições da CISI naquele período, destacaram-se: i) a produção de estudos sobre a qualidade de vida das populações indígenas, para se transformarem em propostas e recomendações ao plenário do Conselho Nacional de Saúde; ii) representar o movimento indigenista sanitário⁶² na luta pela inclusão dos povos indígenas no SUS (LIEBGOTT, 2013, HISTÓRICO..., 2016).

Em outubro de 1993, foi realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (2ª CNSPI), na cidade de Luziânia, Goiás, que foi, nas palavras do Relatório Final desta conferência, “convocada” pelo Ministério da Saúde como “parte integrante” da 9ª Conferência Nacional de Saúde (9ª CNS), esta realizada em agosto de 1992 (CNSPI, 1993, p. 1). Se a 2ª CNSPI é “parte integrante” da 9ª CNS, significa que as proposições daquela estarão em consonância com o que se definiu nesta. A proposta de criação do Subsistema de Saúde Indígena consta na introdução do relatório final da 2ª CNSPI, visto como uma forma de consolidação do SUS e não como um sistema paralelo a ele.

Esta II CNS-PI teve como objetivo a definição das diretrizes da Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas e a atualização, em novas bases, das recomendações da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, **em conformidade com o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde e incorporação no mesmo de um subsistema** diferenciado de saúde para os povos indígenas (CNSPI, 1993, p. 1, grifo nosso).

Devido à atuação do movimento indígena na 9ª CNS, a realização da 2ª CNSPI pode ser atribuída à iniciativa e à pressão dos indígenas, além da articulação da CISI junto ao Conselho Nacional de Saúde (SARCINELLI, 2009; LIEBGOTT, 2013; HISTÓRICO..., 2016). A 2ª CNSPI atualizou as recomendações da 1ª CNSPI e renovou a defesa por um modelo do subsistema diferenciado de saúde indígena, organizado por meio de Distritos Sanitários

⁶² O termo deste movimento foi cunhado em fins da década de 1990 para designar o grupo de interesses formado por profissionais de saúde e organizações de representação indígena em articulação com universidades e institutos de pesquisa (VERANI, 1999).

Especiais Indígenas (DSEIs), que seriam autônomos administrativamente e diretamente vinculados ao Ministério da Saúde (LIEBGOTT, 2013; FUNASA, 2009, p. 34). A administração dos distritos seria centrada em conselhos com participação indígena (LIEBGOTT, 2013). Na 2ª CNSPI, os povos indígenas já reivindicavam a criação de uma Secretaria Especial para a gestão da política nacional de atenção à saúde indígena e foi nessa Conferência que surgiu a ideia da criação dos Agentes Indígenas de Saúde (AISs) (FUNASA, 2009, p. 34). Além disso, essa Conferência representou um grande avanço para os indígenas também pelo fato de ter sido antecedida por um amplo processo de conferências locais, estaduais e regionais, em que foi garantida a participação indígena com paridade desde o nível local (VERANI, 1999). Nesse sentido, os debates na 2ª CNSPI refletiram os pontos edificantes que resultaram na Lei Arouca (Lei 9.836/99) e na PNASPI (Portaria 254), constituindo um momento de difusão das ideias (*soften up*) no fluxo de soluções.

Nesse contexto, também foi realizado o I Fórum de Saúde do Índio, com o patrocínio da Cosai e ampla participação tanto da Funasa quanto da Funai (VERANI, 1999). A partir deste Fórum, foram criados os Núcleos Intersetoriais de Saúde Indígena, (NISIs), a partir da Portaria nº 540 da Funasa (PEREIRA, 2014). Os NISIs eram compostos por representantes do governo, de universidades, de instituições de apoio, de representantes de organizações e lideranças indígenas (LIEBGOTT, 2013). Os NISIs apresentavam caráter interinstitucional, para coordenar regionalmente a integração dos serviços locais de saúde indígena, visando a implantação dos DSEIs (VERANI, 1999; HISTÓRICO..., 2016). Nesse sentido, enquanto a CISI era o controle nacional, os NISIs eram as articulações no nível estadual que organizariam o modelo do Subsistema de Saúde Indígena por DSEIs.

Em 1994, foram criados os DSEIs do Leste de Roraima e do Xingu por iniciativa do movimento indígena e com a aprovação dos respectivos NISIs (LIEBGOTT, 2013). O modelo assistencial implementado nesses distritos tinha como base a formação de indígenas indicados e acompanhados pelas próprias comunidades para serem Agentes Indígenas de Saúde (AISs), o que fortaleceu a noção de autogestão da atenção básica da saúde indígena pelas comunidades desses territórios (*ibidem*).

No governo de Itamar Franco (1992 a 1994), o Decreto 23/91 é substituído pelo Decreto 1.141/94, devolvendo à Funai a responsabilidade sanitária em relação aos indígenas e contrariando as recomendações das 1ª e 2ª CNPSIs. Entretanto, logo em seguida, a Resolução Normativa nº 001/94 manteve a vinculação do MS à saúde dos povos indígenas e instituiu a seguinte divisão de competência: Funai seria responsável pelas ações curativas, e a Funasa,

pelas ações de prevenção nas aldeias (GARNELO, 2014). Essa segmentação institucional é explicada pela tensão entre as duas instituições e não é coerente com qualquer racionalidade técnico-sanitária, além de contradizer o princípio da integralidade das ações de saúde norteador da saúde pública do país já naquele período (ibidem).

O entrevistado desta pesquisa, Izac Barbosa Axer, que era técnico indigenista da Funai e foi cedido para o Ministério da Saúde para trabalhar na Funasa com a saúde indígena, conta como foi essa transição, destacando o longo período desse processo (de 1991 a 1999) e que, em relação à perda da atribuição da saúde indígena, a Funai foi “totalmente contra”, pois significava perder poder.

(Perder) o poder? Totalmente contra. Teve até uma campanha, inclusive eu participei desse trabalho. Eu fui chamado no Ministério Público, onde o procurador falou assim: “Não existe ninguém que vai contra um decreto presidencial, vocês estão malucos, vocês querem ser presos? Para com isso, não existe quem revoga um decreto presidencial. Pronto, acabou, vai trabalhar”. Porque estava sendo um trabalho, como eu disse, em dez anos, esse trabalho estava sendo de parceria do Ministério da Saúde com a Funai. A Funai perdeu toda a sua receita financeira que custeava as ações de saúde.

Segundo o entrevistado, outras atividades indiretamente relacionadas à saúde também foram prejudicadas com a redução do orçamento da Funai após os decretos que retiraram seu monopólio na questão indígena. Por exemplo, ele cita que o setor de subsistência da Funai, relacionado à agricultura familiar, foi impactado pelo decréscimo na receita do órgão, afetando, por consequência, determinantes da saúde como o da alimentação, da moradia e do bem-estar social das comunidades indígenas.

Entretanto, a sanitarista indigenista⁶³ Cibele Verani (1999) rebate o argumento de que o deslocamento da competência pela saúde indígena da Funai para a Funasa é que causou as perdas orçamentárias sofridas pela Funai. Verani (1999, p. 3) argumenta que o “quase estrangulamento financeiro” da Funai foi devido ao deslocamento do órgão indigenista para o Ministério da Justiça⁶⁴, “onde a prioridade é a Polícia Federal”. Independentemente do motivo da perda financeira da Funai, os decretos n° 23 a n° 26 de 1991 transferiram as competências do órgão indigenista em saúde, educação, desenvolvimento rural e meio ambiente para os ministérios correspondentes, o que provocou insegurança em seus funcionários e uma percepção da iminência da extinção do órgão (PEREIRA, 2014).

⁶³ A antropóloga Cibele B. Lins Verani se autointitula “membro do movimento sanitário indigenista” e explica o significado do termo, que está presente na nota anterior.

⁶⁴ Antes estava no Ministério do Interior.

Verani (1999, p. 6) ressalta os benefícios da assunção da questão da saúde indígena pelo Ministério da Saúde naquela época, por exemplos: estrutura técnica adequada, permeabilidade aos movimentos sociais e fontes próprias de arrecadação (a exemplo da extinta CPMF).

O fato do Ministério da Saúde assumir a questão indígena, embora desprestigiada, o que se refletiu na criação do órgão responsável (Cosai) em uma posição subalterna dentro de uma instituição fadada à extinção (FNS⁶⁵), veio contribuir com soma considerável de recursos, tanto financeiros quanto técnicos e humanos, e não, como argumentava a Funai nesse período, através do deslocamento do financiamento das ações de saúde do índio da Funai para a Cosai. O desprestígio geral que as populações indígenas sofrem por parte da sociedade nacional refletia-se na Funai, com o seu quase estrangulamento financeiro, principalmente a partir do seu ingresso no Ministério da Justiça, onde a prioridade é a Polícia Federal. Já no Ministério da Saúde, embora o indígena também seja desprestigiado, existe uma estrutura técnica e mais democrática, permeável aos movimentos sociais, de distribuição dos recursos financeiros com fontes próprias de arrecadação (vide CPMF).

Em relação às fragilidades da Funasa, Garnelo (2014, p. 129) destaca que seu modelo centralizado de gestão somado a sua baixa capacidade operacional não a habilitavam “a promover a necessária extensão de cobertura às populações aldeadas, que, até então, não contavam com a assistência do SUS”. Além disso, o fato de a Funasa ser fruto da junção de duas instituições (Sucam e Fundação Sesp) pouco sensíveis às características locais e que seguiam um conjunto padronizado de ações na atenção médica, também não a credenciavam como o órgão mais adequado para a atenção à saúde das populações indígenas (GARNELO, 2014).

Dessa forma, pode-se inferir que tanto Funai quanto Funasa não correspondiam ao perfil institucional desejável para gerir e executar a política nacional de saúde indígena, que já estava sendo detalhadamente planejada pelas instâncias participativas naquele momento. Além disso, o conflito institucional entre Funai e Funasa deve ter colaborado para que a questão da saúde indígena demorasse para se efetivar como uma política pública.

No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002), a reforma administrativa neoliberal, conhecida como Reforma Bresser, foi implantada (GARNELO, 2014). A ideia que norteava essa reforma era a redução do papel do Estado. Como analisa Garnelo (2014, p. 130), “o caso indígena parecia ofertar alguns requisitos almejados pelo governo para testar a estratégia de focalização” nas políticas sociais. Nesse sentido, a conjuntura da Reforma Bresser não foi um impeditivo para a efetivação de um subsistema de saúde indígena.

Em 1999, seguidos dispositivos legais são editados no âmbito da presidência, renunciando que a trajetória da política de saúde aos povos indígenas sofreria uma pontuação,

⁶⁵ Ver nota 61.

visto que estava em pauta na macropolítica. Em 29 de julho de 1999, a Medida Provisória nº 1.911-8, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, determinou a transferência de pessoas e bens da Funai para a Funasa, a exemplo dos Postos de Saúde, das Casas do Índio, dos bens móveis e imóveis e dos recursos humanos destinados às atividades de assistência à saúde dos povos indígenas (BRASIL, 1999a). Em seguida, o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, estabeleceu as condições para a prestação dessa assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS e por intermédio dos DSEIs (BRASIL, 1999b). Mas é a Lei 9.836, de 24 de setembro de 1999, (conhecida como Lei Arouca) que marca a grande conquista dos povos indígenas na política de saúde. Para descrever a articulação política necessária para que o Projeto de Lei nº 4.681, proposto por Sérgio Arouca em 29 de junho de 1994, fosse finalmente aprovado, segue o relato detalhado e emocionante de Issô Truká, seguido da foto registrada pelo Jornal do Senado no dia, 31 de agosto de 1999:

(...) e aí a gente começa a fazer uma articulação (...) que tem o saudoso Eduardo Valverde⁶⁶, Sérgio Arouca⁶⁷ e outros parlamentares que encampam nessa defesa dos direitos dos povos indígenas. A Heloísa Helena, do Alagoas, e a Marina Silva também, Carlos Wilson, de Pernambuco. A gente conseguiu fazer essa articulação e eles faziam parte da mesa do Senado. E o presidente do Senado era o Antônio Carlos Magalhães. Na iminência da Marcha Indígena, estava tendo uma audiência no Senado com a Heloísa Helena e a Marina Silva e elas articulam com o presidente do Senado para, no cafezinho do Senado, ele nos atender. E aí se abriu essa oportunidade e ele disse assim: "se vocês ficarem brigando por várias coisas ... primeiro vocês precisam brigar para que se crie o subsistema. Nós já estamos com um projeto aqui no Senado, se vocês toparem eu coloco como pauta de urgência para votar ainda hoje, mas aí vocês precisam me garantir que vão colocar aqui no plenário do Senado 500 indígenas". E eu perguntei: "só 500?". E isso já eram 3 horas da tarde. E ele disse: "vocês não têm 500 indígenas aqui". Rapaz, mas a gente saiu muito feliz de lá. Quando abriu a sessão, a gente tava lá com quase mil indígenas (...). Quando foi sancionada a Lei 9836, que é a Lei Arouca, que incluiu o Subsistema, se altera a Lei 8080, capítulo 5 da Lei 8.080, do capítulo 19A ao capítulo 19h. E faz a junção da Saúde indígena e estabelece os critérios de assistência à saúde da população indígena. Isso para gente foi um ganho enorme, mesmo a gente tendo com a Funasa uma assistência precarizada, com uma contratação precarizada, que continuava sendo pelo município. Mas a gente estava avançando (Issô Truká, indígena e presidente do Condisi Pernambuco).

⁶⁶ Eduardo Valverde era Presidente do Diretório Regional do Partido dos Trabalhadores (PT) de Rondônia. Foi Deputado Federal de 2003 a 2007 pelo PT.

⁶⁷ Sérgio Arouca foi deputado federal de 1991 a 1994 pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB) e de 1995 a 1998 pelo ex-Partido Popular Socialista (PPS).

Figura 2 - Indígenas na votação da Lei Arouca no Senado



Fonte: Jornal do Senado, capa, 1º de Setembro de 1999.

Após essa descrição da articulação de bastidores dos indígenas com parlamentares, pode-se dizer que as condições estavam completas para que, com a janela de oportunidade da aprovação da Lei Arouca, o Subsistema de Saúde Indígena no âmbito do SUS pudesse ser, finalmente, concebido. Essas condições partiam do fluxo de problemas, do fluxo de soluções e do fluxo político. Iniciando pelo fluxo de problemas, já era de conhecimento nacional e internacional a situação precária pela qual a população indígena estava submetida, pois havia uma “inexorável marcha dos problemas pressionando o sistema” desde a colonização (KINGDON, 2011, p. 16) e sendo visibilizados, principalmente, nos eventos de grande amplitude, como as Conferências Nacionais de Saúde (destaque para a 8ª CNS e para a 9ª CNS), as Conferências de Saúde Indígena (1ª CNPSI e 2ª CNSPI) e a Rio-92.

No fluxo de soluções, as instâncias participativas (Comissão Intergestores de Saúde Indígena e Conferências de Saúde Indígena) figuraram como os ambientes principais de discussão das alternativas. Nesses ambientes, não restritos a gestores e intelectuais, visto que era assegurada a participação das lideranças indígenas e dos representantes das ONGs indigenistas, a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI) foi elaborada em, praticamente, todos os seus termos. No entanto, esses termos não foram conquistados de uma única vez.

Em relação ao fluxo político, vários elementos podem ser destacados. Primeiramente, o “clima” nacional favorável à consolidação do SUS na década de 1990. Assim, dispositivos legais sobre a política de saúde nacional estavam sendo aprovados, instituições participativas

se espalhando pelo território nacional com criação de conselhos municipais e estaduais e a realização de conferências, além do período ser marcado por eventos nacionais e internacionais em que a questão da saúde indígena era colocada em evidência (Convenção 169 da OIT, projetos da OPAS e a Conferência da ONU no Brasil, Rio-92, por exemplos). Como segundo elemento, as forças políticas organizadas nas figuras das ONGs indígenas e não indígenas sinalizavam certo consenso na arena política. E, por último, nas mudanças ocorridas dentro das instituições estatais, com destaques a eleição do sanitarista Sérgio Arouca como deputado federal e de outros parlamentares (como Marina Silva), além de gestores defensores dos povos indígenas (como Zilda Arns).

Na conexão dos fluxos, o empreendedor da política é uma figura essencial. Nesse sentido, o principal empreendedor da política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas (assim reconhecido por quase a totalidade dos entrevistados desta pesquisa e pela majoritária bibliografia do assunto), foi o professor e médico sanitarista, Antônio Sérgio da Silva Arouca. Ele atuou como defensor da política diferenciada de saúde aos povos indígenas desde a 8ª CNS, em 1986. E, como um persistente e atento empreendedor da política, aproveitou o clima nacional propiciando pela consolidação do SUS e seu cargo como deputado federal para propor a PL 4.681/94 na Câmara dos Deputados. No entanto, não é justo atribuir somente a ele o papel de empreendedor.

De acordo com os entrevistados desta pesquisa (indígenas e não indígenas), a pressão e as coalizões construídas pelo movimento indígena, desde a década de 1970, foram (e são ainda) a força principal para que a ideia da política de saúde diferenciada não se enfraquecesse. E, antes disso, a resistência dos povos indígenas, que já estavam coletivamente conectados (apesar de ainda não organizados como um movimento social), é a virtude que os sustenta nas lutas por direitos há 519 anos.

A trajetória de construção da política de saúde indígena aponta que o processo de definição do problema da saúde indígena e o processo de identificação de soluções ou alternativas ocorreram de forma simultânea e não independente como o modelo dos fluxos de Kingdon supunha. Ou seja, o problema da especificidade da saúde indígena foi sendo formatado concomitantemente à definição de uma proposta de política pública. E a mudança da política foi se dando em um processo de idas e vindas, desacordo institucional, e quase incremental, até se constituir em uma mudança mais ampla. E que não foi também definitiva, como mostra a trajetória posterior à Lei Arouca e à criação da PNASPI.

2.5 PNASPI: Formalização da Política

Instituída, finalmente, em 2002, pela Portaria n° 254, do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) é resultado de toda essa trajetória que se inicia com o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) em 1910. De acordo com o indígena Uwira Xacriabá, de Altamira-Pará, “havia necessidade de dizer qual era a política”, além de ser necessário regular a referência da atenção básica para a média e alta complexidade.

Para Uwira, “é um erro conformar a PNASPI ao subsistema. A PNASPI diz respeito a todo o SUS. Ela diz respeito ao atendimento na média, na alta complexidade também”. Ou seja, é por meio da PNASPI que se tem as diretrizes de como deve ser realizada a referência e a contrarreferência na rede SUS para atendimentos especializados ou complexos. Além disso, Uwira destaca que a PNASPI é o dispositivo legal que cobra do SUS o cumprimento de um de seus princípios, a equidade⁶⁸, visto que o sistema único deve se adequar para atender os indígenas.

Então a PNASPI surgiu em 2002 pra fazer esse regramento de como seria o atendimento, uma vez que o subsistema foi criado depois da criação do SUS (...) para que a atenção básica chegasse às aldeias (...). Havia necessidade de dizer qual era a política (...). Então a política surgiu pra normatizar não só a atenção básica nas aldeias indígenas, porque é um erro conformar a PNASPI ao subsistema. A PNASPI diz respeito a todo o SUS. Ela diz respeito ao atendimento na média, na alta complexidade também. Diz como é que deve ser esse fluxo, que o SUS deve se adequar através dos seus pilares, que é o da equidade (Uwira Xacriabá, indígena e presidente do Condisi Altamira-Pará).

Para Carmem Pankararu, indígena de Pernambuco e presidenta do SindCopsi, a PNASPI é “toda a espinha dorsal do funcionamento da saúde indígena”. De acordo com a entrevistada, a Política é responsável por levar a estrutura da Funasa às terras indígenas, além de tornar obrigatória a participação indígena em todo esse processo. Além disso, ela ressalta que é a PNASPI que disciplina sobre os modelos de contratação dos recursos humanos, tanto indígenas quanto não indígenas. Sendo, no caso dos profissionais indígenas, cabe destaque às figuras do Agente Indígena de Saúde (AIS) e do Agente Indígena de Saneamento (AISAN). Carmem Pankararu lembra, também, que está presente na PNASPI a orientação de que deve ser realizada a interlocução entre as práticas milenares, que são as de tradição indígena, e as ocidentais.

⁶⁸ Equidade é um dos princípios doutrinários do SUS e se relaciona diretamente com os conceitos de igualdade e de justiça. Por este princípio, busca-se reconhecer as diferenças nas condições de vida, de saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade (Equidade, 2020).

O que antecedeu essa política foi o Decreto 3.156, que ele já dizia que a saúde passaria a ser de responsabilidade da Funasa, que ela teria que ter toda a estrutura nas terras indígenas, que a comunidade indígena tinha que participar de todo o processo, néh. E que se autoriza a se discutir o modelo de gestão. E que esse modelo de gestão se deu através da PNASPI, que é a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Então o que é essa PNASPI para nós? A PNASPI ela é toda a espinha dorsal do funcionamento da saúde indígena. É a PNASPI que disciplina como deve ser os modelos de contratação, o que deve ser feito com os recursos humanos, que traz a orientação das formas de treinamento dessas pessoas, com introdução antropológica (...) esses trabalhadores, antes de irem para as terras indígenas, precisavam conhecer um pouco do contexto da saúde indígena, um pouco do contexto intercultural do povo, da concepção da saúde e doença dessa comunidade, trouxe a orientação como deveria ser os trabalhadores de dentro da aldeia, que eram os agentes indígenas de saúde e os agentes indígenas de saneamento, qual era o papel desses agentes. Está tudo isso dentro da PNASPI. (...) A PNASPI traz também como que devem acontecer os programas da atenção à saúde dos povos indígenas e todos os programas são considerados pelos programas do SUS, neh, porém todos precisa ter interlocução com as práticas tradicionais de cura dos povos indígenas. Então a orientação que a PNASPI traz é que se tem que haver o diálogo permanente entre essas duas práticas: a prática milenar de saúde (que é a indígena) e a prática ocidental (Carmem Pankararu, indígena e presidenta do SindCopsi, parênteses nossos).

A organização das atividades de atenção à saúde das populações indígenas iniciou-se no âmbito do SUS e efetivou-se, progressivamente, por intermédio dos DSEIs, a fim de assegurar os serviços de atendimento básico, que correspondem à atenção primária⁶⁹, no âmbito das terras indígenas (BRASIL, 1999). Como esperado, há interdependência entre os momentos antecedentes à formulação da PNASPI, a sua formulação e formalização da Política e sua implementação num processo constante de formação da política. Porém, mais do que estarem conectados como causa e consequência um do outro, esses processos parecem ir e voltar no tempo diversas vezes de forma iterativa. Um desses exemplos é a institucionalização do modelo de organização das ações de saúde voltadas aos povos indígenas. A Portaria nº 254 estabelece que a PNASPI “requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde” como garantia do exercício de cidadania dos povos indígenas no campo da saúde. Esse modelo, que tem como um de seus principais elementos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), assemelha-se ao reivindicado pelos povos indígenas desde o início de suas lutas por uma política de saúde diferenciada e que parecia já estar instituído com a Lei Arouca (Lei 9.836/99)⁷⁰, cuja inspiração estava no relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde dos

⁶⁹ “A Atenção Primária é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades” (Ministério da Saúde, 2019, p. 1).

⁷⁰ “O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas” (BRASIL, 1999, Art. 19-G, § 1º).

Povos Indígenas (2ª CNSPI)⁷¹, realizada em Luziânia - Goiás, em 1993, que, por sua vez, baseava-se na experiência piloto do DSEI Yanomami, instituído pelo decreto nº 23 de 1991⁷².

De acordo com o livro “Lei Arouca: 10 anos de Saúde Indígena” (FUNASA, 2009), para a definição e estruturação dos DSEIs, foram realizadas reuniões com lideranças e organizações indígenas, com entidades não governamentais que prestam serviços às populações indígenas, com antropólogos e com representantes da Funai e de instituições estatais, como universidades públicas e secretarias municipais e estaduais de Saúde. No relato a seguir da indígena e presidenta do SindCopsi, Carmem Pankararu, volta-se um pouco no tempo, antes da formalização da PNASPI, para destacar a participação indígena na construção desse modelo:

Quando iniciamos 2000, nós já iniciamos com (...) representantes da Funasa, sanitaristas, técnicos do Ministério da Saúde visitando terras indígenas e discutindo como seria essa implantação. **E nós iniciamos, também, toda essa discussão juntos**, (...) pensando nas estruturas de saúde e aí tinha uma proposta de discutir um modelo. Que esse modelo veio a ser a construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, **que foi pensado pelos companheiros de luta sanitaristas. Eles pensaram como seriam esses modelos, discutiram com as comunidades indígenas** e começa assim a sair esse desenho com todo o seu organograma de funcionamento. Como funcionaria os distritos, como funcionaria a **Funasa (...). Tudo isso a gente passou e ajudou a construir juntos** (grifos nossos).

Como destacado pela entrevistada, o modo de organização da saúde por distritos foi pensado primeiramente pelos sanitaristas da Reforma Sanitária. E, de acordo com Castellani (2012, p. 70), seria a “forma de organização primária” do SUS, “a partir do qual todo o sistema se conformaria”. No entanto, na 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1992, a municipalização foi definida como o modelo assistencial do Sistema Único.

As características da PNASPI, seu arranjo institucional, os papéis dos diferentes atores, além das mudanças pelas quais passou e as que estão previstas são os objetos do próximo capítulo.

⁷¹ “O modelo assistencial para atenção à saúde indígena tem como base o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Os DSEI serão formados com base em projeto elaborado junto com as comunidades, sob a supervisão dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígenas (NISI) e com consultores técnicos, se necessário, definirão as atribuições de cada entidade envolvida” (BRASIL, 1993, p. 3).

⁷² “As ações e serviços serão desenvolvidos segundo modelo de organização na forma de distritos sanitários de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas” (BRASIL, 1991, Art. 4º, § 1º)

3 IMPLEMENTAÇÃO E REFORMULAÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Este capítulo tem como objetivo descrever as características da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) assim como o processo de sua implementação com as mudanças de cunho institucional pelas quais ela tem passado nesse processo, com vistas a responder às seguintes questões: quais são as mudanças significativas e que se mostram constantes no arranjo institucional da PNASPI? Quais fatores as explicam? Que implicações elas trazem para a implementação da Política?

Partiu-se do pressuposto geral de que os processos de formulação e implementação são interdependentes e dinâmicos, sendo que, no processo de implementação, esta Política está sendo redesenhada. Para explicar a motivação para essas mudanças constantes, é possível pensar em duas hipóteses. A primeira remete ao processo decisório que caracteriza a implementação de qualquer política no qual as mudanças são novas decisões em vista de “nós críticos” e que visam dar concretude à política e alcançar seus objetivos. A segunda hipótese explicaria as mudanças a partir dos conflitos e resistências à implementação da política na forma em que foi concebida originalmente.

Ancorado no argumento do modelo de Grindle e Thomas (1991) de que as características de uma política apontam para o *locus* das resistências no momento de sua implementação, as quais podem provir do âmbito público ou do burocrático, partiu-se da suposição de que, na rede de implementação - explicitada por Silva e Melo (2010) - da PNASPI, os atores não governamentais têm ocupado papéis relevantes e dividido atribuições com agentes públicos. E, como o Controle Social é uma característica estrutural da Política, as respostas às propostas de mudança da PNASPI, que correspondem às alterações no arranjo institucional - conceituado por Gomide e Pires (2014) - ocorreram majoritariamente no âmbito público, particularmente por parte do público-alvo da política.

No processo de pesquisa, essas hipóteses e argumentos foram testados, por meio da análise de conteúdo da legislação pertinente à política de saúde (leis, portarias, medidas provisórias, revogações), análise de notícias vinculadas à época, por meio, também, da análise dos dados produzidos pelas entrevistas e de acordo com as pesquisas realizadas por outros autores. O resultado será explicitado neste capítulo que está dividido em seis seções: i) Características da PNASPI: objetivos, inserção e arranjo institucional; ii) Problemas da Implementação; iii) Mudança de Regra e de Interesse: enfraquecimento das ONGs em prol da municipalização da saúde indígena; iv) Mudança de regra: autonomia dos DSEIs; v) Mudança

de Gestão: Funasa para Sesai e vi) Propostas de Mais Mudanças. Como é a prática de estudos de caso, que não são orientados por variáveis, mas pelo próprio caso, as análises foram se constituindo a partir de um vai e vem entre teoria e empiria, entre dedução e indução.

3.1 Características da PNASPI: objetivos, inserção e arranjo institucional

Além de realizar o “regramento”⁷³ e ser a “espinha dorsal”⁷⁴ do Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), a “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde” como é explicitado na primeira linha da introdução da Portaria nº 254, que instituiu a PNASPI (BRASIL, 2002, p. 8). Além disso, a Portaria nº 254 justifica a PNASPI como a compatibilização das determinações da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90, que deu origem ao SUS), a exemplo dos princípios de universalidade e equidade, com o reconhecimento das especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas expresso na CF/88. Nesse sentido, a PNASPI objetiva “superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população” (BRASIL, 2002, p. 8), o que deixa claro a sua inserção no SUS, embora com especificidades para um segmento populacional específico, com vistas a garantir os princípios do Sistema Único.

Ainda de acordo com a Portaria nº 254, além de a PNASPI ter como propósito a garantia do acesso à atenção integral à saúde pelos povos indígenas, segundo os princípios e diretrizes do SUS, ela deve contemplar a diversidade dos povos em seus diversos âmbitos (social, cultural, geográfica, histórica e política) a fim de superar os fatores que tornam essa população mais vulnerável em termos de saúde. Ademais, a PNASPI deve se pautar no reconhecimento da eficácia das práticas medicinais indígenas e o direito desses povos a sua cultura (BRASIL, 2002).

Para exemplificar como a PNASPI se insere no SUS, Carmem Pankararu, indígena e presidenta do Sindicato dos Profissionais e Trabalhadores da Saúde Indígena (SindCopsi), relatou, na entrevista a esta pesquisa, que os programas da Política são orientados pelo SUS, mas adaptados de acordo com as especificidades culturais (como o perfil de alimentação e a idade fértil das mulheres indígenas) e segundo as características do ambiente onde vivem os povos originários (por exemplo, populações que vivem em floresta ou são ribeirinhas necessitam de vacinas específicas para as doenças endêmicas dessas áreas).

⁷³ Expressão utilizada por Uwira Xacriabá, líder indígena, em entrevista para esta pesquisa.

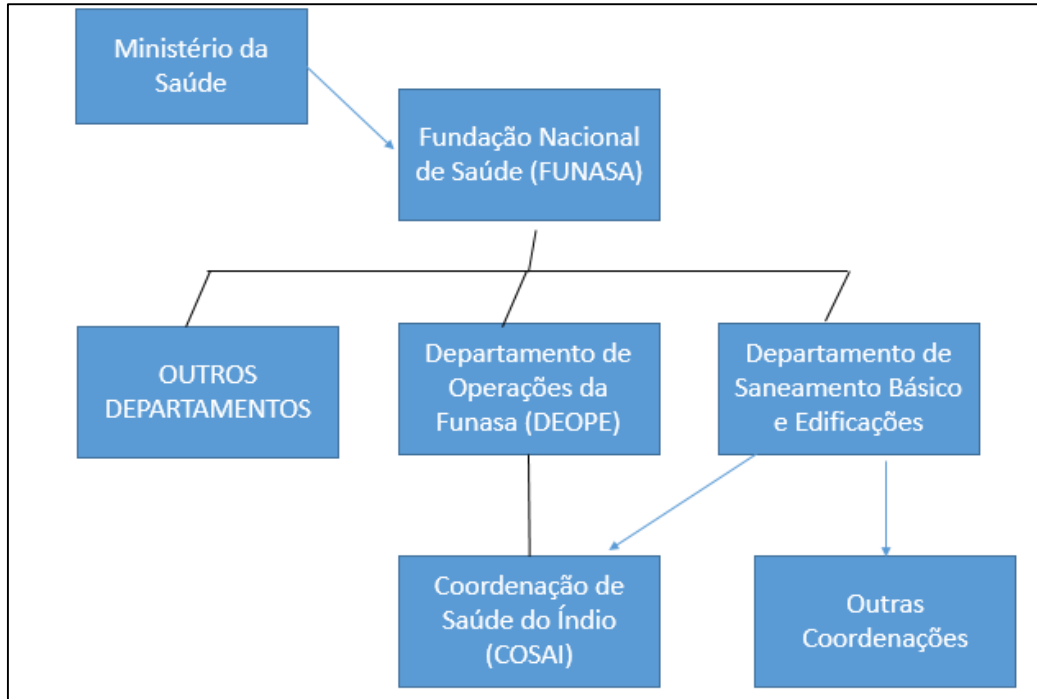
⁷⁴ Expressão utilizada por Carmem Pankararu, indígena e presidenta do SindCopsi, em entrevista para esta pesquisa.

(A PNASPI) segue as orientações do Sistema Único de Saúde. Os programas são similares. Tem algumas especificidades que são complementadas. Por exemplo, a imunização. Nosso **programa de imunização** funciona como o programa dos municípios, porém, com o acréscimo dos imunos preveníveis especiais, que são para populações que vivem em floresta, ribeirinhas. Esses têm (...) **tipos de vacina que são específicos para as áreas endêmicas**. Então as populações indígenas têm esse diferencial, ganham esse *plus* a mais no programa de imunização. Nós temos também um pouco de especificidade no **programa de nutrição**, porque a gente tem **outro perfil de alimentação** (...). (A PNASPI) trabalha com idades diferentes do SUS. Porque, veja, (...) (sobre o **programa de saúde da mulher**) na população indígena, é considerado uma **mulher em idade fértil**, sexualmente ativa, **mais cedo**. Ela tem a partir dos 12. Na sociedade é um pouco maior, um pouco mais velha. E para gente é um pouco mais cedo, porque tem os casamentos na área indígena que são com idade mais jovem néh. Então o programa se estende para atender a **essas especificidades** (grifos e parênteses nossos).

A partir do conceito de Gomide e Pires (2014) de arranjos institucionais, a próxima subseção descreverá a Política como ela foi concebida em 2002 de acordo com seu plano (a Portaria nº 254) e com as legislações complementares, bem como as alterações ocorridas no arranjo inicialmente formatado. Como explicitado no primeiro capítulo, arranjos institucionais podem ser definidos como o conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma pela qual se articulam atores e interesses na implementação de uma política pública específica (GOMIDE; PIRES, 2014). Nesse sentido, serão identificados e descritos: i) o modelo de organização da PNASPI; ii) os atores envolvidos, estatais e não estatais, além dos seus papéis e suas formas de articulação; iii) os recursos humanos, financeiros e tecnológicos que nortearam a implementação da política; e, por fim, iv) os instrumentos legais e administrativos que criaram as regras e as rotinas a serem seguidas.

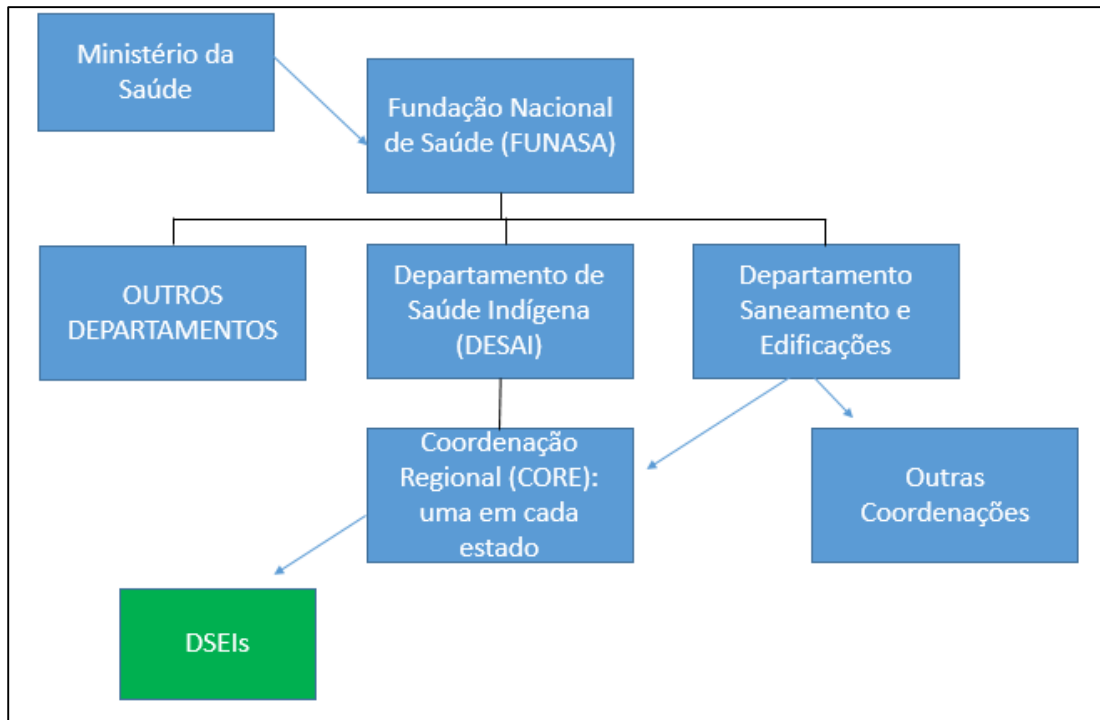
A seguir estão esquematizadas as estruturas da Funasa e da Sesai que mostram a evolução da organização da atenção à saúde até a criação da PNASPI, objeto deste trabalho.

Figura 3 - Estrutura Funasa em relação à Saúde Indígena (1991 a 1999)



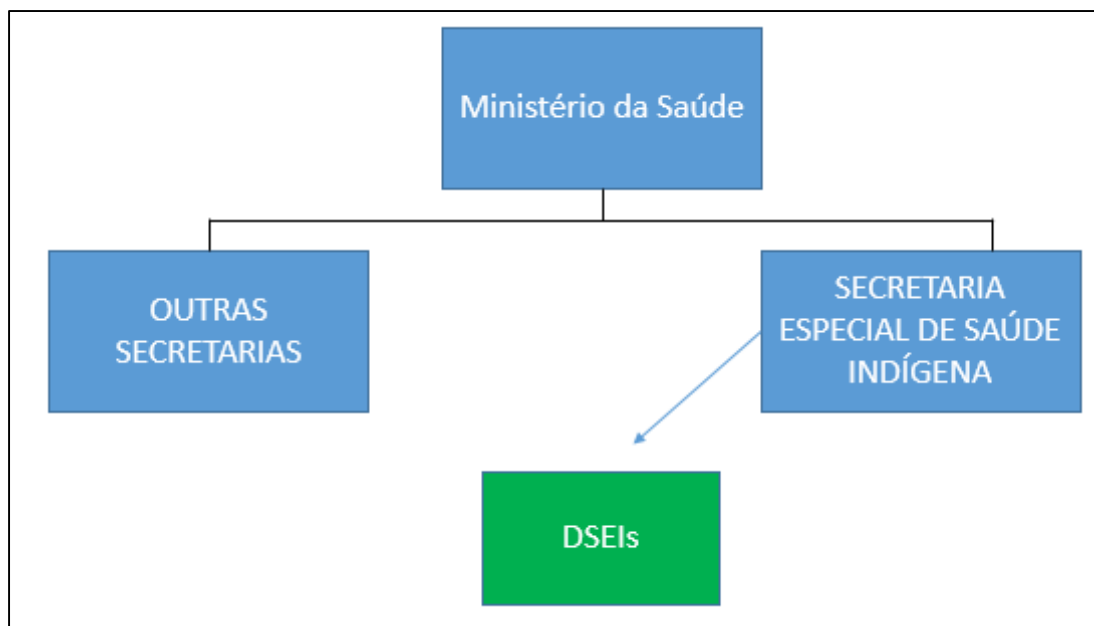
Elaboração própria.

Figura 4 - Estrutura Funasa em relação à Saúde Indígena (1999 a 2010)



Elaboração própria.

Figura 5 - Estrutura Sesai (2010 - 2019)



Elaboração própria.

3.1.1 Modelo de Organização

Como já dito, a organização das atividades de atenção à saúde das populações indígenas efetivou-se, progressivamente, por intermédio dos DSEIs (BRASIL, 2002). O DSEI é definido pela PNASPI (ibidem, p. 14) como um modelo de organização dos serviços sanitários orientado para um espaço etnocultural dinâmico e que é delimitado de acordo com os seguintes critérios: i) população, área geográfica e perfil epidemiológico; ii) disponibilidade de serviços, recursos humanos e infraestrutura; iii) vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; iv) relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional e v) distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas. Nesse sentido, os DSEIs são estruturas descentralizadas de organização das ações de saúde, delimitadas por, basicamente, características étnico-culturais e segundo o acesso aos serviços de saúde no território, e não de acordo com os limites geográficos das unidades federativas. Dos 34 distritos, há alguns que perpassam por mais de um estado, por exemplo, o DSEI Minas Gerais e Espírito Santo (dois estados) e o DSEI Litoral-Sul (cinco estados), enquanto há estados em que existem mais de um DSEI, como por exemplo, o estado do Amazonas, onde há nove DSEIs, e o estado do Pará, com sete DSEIs. Quanto à gestão dos

DSEIs, eles estão a cargo de um (a) coordenador (a) que é nomeado (a) pelo Ministério da Saúde.

Os DSEIs, até 2010⁷⁵, estavam vinculados às Coordenações Regionais (Cores), presentes em cada estado, que, por sua vez, respondiam ao Departamento de Saúde Indígena (Desai), antigo Cosai, dentro da estrutura da Funasa. Esse formato foi pensado para que os DSEIs estivessem vinculados mais ao controle federal, e, portanto, menos suscetíveis às oscilações dos interesses políticos e econômicos locais e regionais, o que constitui um caminho contrário em relação à municipalização do SUS, mas que atende à diferenciação requerida pela PNASPI.

A municipalização do SUS, a partir das discussões da 9ª CNS e das Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996, estabelecendo que a execução da política pública se concentraria nos municípios, é compreendida para o atendimento da população em geral, principalmente pela extensão territorial do Brasil, mas não é benéfica à realidade dos povos indígenas devido a vários fatores. Dentre esses fatores, cabe ressaltar: i) o não reconhecimento dos povos indígenas como cidadãos ou munícipes pelos órgãos locais e regionais de prestação à saúde, o que torna recorrente a recusa do seu atendimento por ignorância da legislação ou por racismo e ii) os conflitos territoriais em terras indígenas em que estão envolvidos atores econômicos influentes na política local (como latifundiários, proprietários de garimpos e de madeiras).

Além dos DSEIs, o modelo diferenciado de organização dos serviços de saúde da PNASPI apresenta Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSIs), Polos-Base e as Casas de Apoio à Saúde do Índio (Casais). A seguir seguem duas figuras para ilustrar como é essa organização.

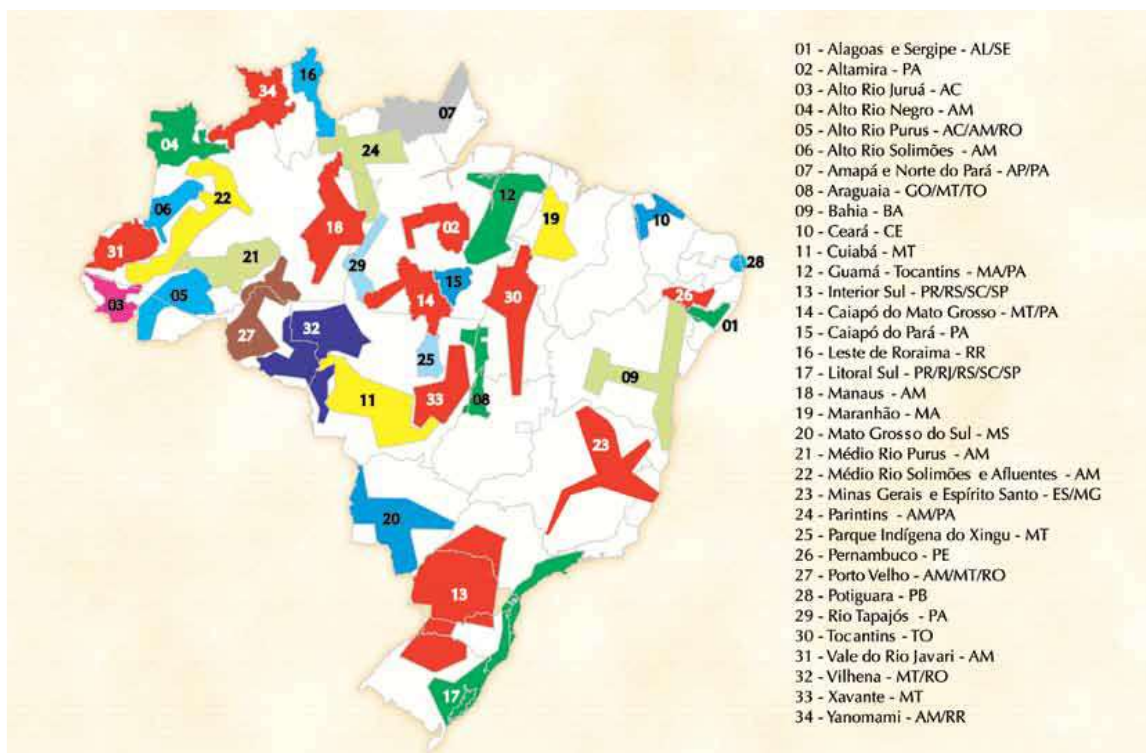
⁷⁵ A partir de 2010, os DSEIs tornaram-se efetivamente autônomos como será explicado na seção 3.3.

Figura 6 - Organização de um Distrito Sanitário Especial Indígena



Fonte: Ministério da Saúde, 24 de julho de 2018.

Figura 7 - Localização dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte: Funasa, 2009.

A partir da primeira figura, é possível observar que a UBSI está mais próxima da comunidade indígena, pois está localizada dentro da aldeia, enquanto que o polo-base corresponde a uma outra instância de atendimento e pode estar localizado em uma comunidade indígena ou em um município de referência. Por meio dessa organização, a PNASPI promove

a atenção básica dentro das áreas indígenas, por meio das UBSIs e dos polos-base, e articula-se à rede do SUS para o atendimento da média e alta complexidade, tendo as Casas como estruturas de apoio aos pacientes que serão referenciados.

Segundo os entrevistados desta pesquisa, este modelo de organização dos serviços significou levar o acesso ao SUS à população indígena aldeada e, conseqüentemente, melhorar as condições de vida dessa parte da população brasileira que há tanto tempo reivindicava por isso. Como exemplo, segue uma dessas constatações:

Quando se tornou uma política mesmo, houve uma melhora muito grande que é a de disponibilizar uma equipe dentro da aldeia, de uma maneira que uma equipe dentro da aldeia tem condições de criar afinidade com o indígena, o indígena passa (...) a colocar seus problemas com mais clareza para a equipe e passa a ter uma identidade de confiança com a equipe e isso facilita e muito (ex-coordenador de DSEI).

3.1.2 Atores

Uma vez que os direitos indígenas têm sede constitucional e são de competência federal, cabe ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela gestão e direção da PNASPI (BRASIL, 2002). Nesse sentido, o Ministério da Saúde é que deve estabelecer as políticas e as diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos povos indígenas (BRASIL, 1999; BRASIL, 2002). Inicialmente, a execução dessas ações de gestão e direção da PNASPI foi delegada, de 1999 a 2010, à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), vinculada ao Ministério da Saúde e com atribuições na área ambiental e de saneamento. Posteriormente, foi criada em 2010 a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), para integrar a estrutura do próprio Ministério da Saúde e que assumiu o papel de órgão gestor da PNASPI. Assim, permaneceu no Ministério a atribuição de normatizar a PNASPI. Também é papel do Ministério a promoção dos meios necessários para que os estados, os municípios e as entidades governamentais e não governamentais atuem em prol da eficácia das ações de saúde indígena (BRASIL, 1999).

A atribuição da Funasa como a gestora da PNASPI, segundo o que foi definido pelo decreto nº 3.146 e pela Lei Arouca, ambos em 1999, permaneceu na formalização da PNASPI em 2002, por uma dependência de trajetória neste aspecto. De acordo com o plano estabelecido pela Portaria nº 254, a Funasa, por intermédio do Departamento de Saúde Indígena (Desai), estrutura interna da Fundação, deveria desenvolver atividades objetivando a racionalização das ações desenvolvidas pelos DSEIs, incluindo a promoção de encontros regionais, macrorregionais e nacionais para avaliar o processo de implantação da PNASPI (BRASIL, 2002). Em cada estado a Funasa possuía uma Coordenação Regional (Core) e a ela se

subordinava um ou mais DSEIs localizados naquele estado. Eram funções da Funasa (que, a partir de 2010, passaram a compor as funções da Sesai): i) estabelecer diretrizes e normas para a operacionalização da PNASPI; ii) promover a articulação intersetorial e intrasetorial com as outras instâncias do SUS; iii) coordenar a execução das ações de saúde e exercer a responsabilidade sanitária sobre todas as terras indígenas no país; iv) implantar e coordenar o sistema de informações sobre a saúde indígena no país (BRASIL, 2002).

No que concerne à articulação intersetorial, a Funasa deveria desenvolver suas atividades de forma orquestrada com as então Secretarias de Assistência à Saúde (SAS)⁷⁶ e de Políticas de Saúde, ambas secretarias da estrutura interna do Ministério da Saúde, as quais, por sua vez, eram responsáveis por, dentre outras funções, participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializada; estabelecer as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e apoiar financeira e tecnicamente estados, municípios na organização das estratégias e ações das RAS (BRASIL, 2002). Essas secretarias foram modificadas a cada novo governo, após 2003, em relação a seus nomes e funções, mas a articulação das atividades do órgão gestor da PNASPI às políticas de saúde nacionais continuou sendo uma diretriz.

Em relação às Secretarias Municipais e Estaduais, o plano da PNASPI (Portaria nº 254) determinou que elas deveriam atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, articulando com o órgão gestor da PNASPI e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Isso se daria pela integração dos programas especiais (imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e aids) bem como dos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS às ações voltadas aos indígenas (ibidem).

Quanto ao órgão indigenista oficial, a Fundação Nacional do Índio (Funai), vinculada ao Ministério da Justiça, cabe a coordenação das ações do governo federal destinadas a assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas no país (BRASIL, 2002). Visto que entre suas principais atribuições está a garantia dos territórios indígenas, por meio das políticas de demarcação, fiscalização e retirada de invasores, sua atuação assume relevância primordial entre os fatores determinantes de saúde e qualidade de vida das comunidades indígenas (ibidem). Além disso, a Funai deve fazer o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas pelo órgão gestor da PNASPI, além de comunicar a esse órgão a existência de grupos indígenas

⁷⁶ Essa Secretaria passou a se chamar Secretaria de Atenção à Saúde a partir de 2003, mantendo-se a sigla (SAS). A partir de 2019, a atenção primária passou a compor a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) (BRASIL, 2019).

isolados, com vistas ao atendimento específico de saúde; buscar parcerias, junto ao órgão gestor, para a condução da PNASPI, principalmente, no que diz respeito a alternativas voltadas para a melhoria do nível de saúde dos povos indígenas (BRASIL, 1999c; BRASIL, 2002)

O plano da PNASPI é claramente redigido sob o prisma de que a promoção de saúde aos povos indígenas não está restrita a uma única organização, sendo, portanto, uma política que pretende ser transversal. Além da articulação com o Ministério da Justiça, por meio da Funai, a PNASPI atribui responsabilidade, também, a outro Ministério, o da Educação, que, por sua vez, deve: contemplar a PNASPI nos currículos básicos das escolas indígenas; garantir o ensino fundamental, por meio de programas especiais, para jovens e adultos que buscam ser Agentes Indígenas de Saúde (AIS); envolver as universidades nas atividades de pesquisa e extensão; capacitar e certificar os AIS e os profissionais de saúde que atuam nas áreas; além de apoiar o desenvolvimento de atividades de educação comunitária em bases culturalmente adequadas (BRASIL, 2002).

A participação dos órgãos de controle, fiscalização e assessoria jurídica da União também recebem destaque na PNASPI. O Ministério Público Federal tem como papel garantir o cumprimento dos preceitos constitucionais assegurados aos povos indígenas no país e dos princípios da autonomia, equidade e respeito à diversidade cultural em todas as políticas públicas a eles destinadas (BRASIL, 2002). O Tribunal de Contas da União (TCU), de acordo com a Constituição (BRASIL, 1988, art. 71), é responsável por julgar as contas dos administradores responsáveis por dinheiro, bens e valores públicos da administração direta e indireta, incluídas as fundações mantidas pelo poder público federal, portanto, tanto Funasa quanto Sesai devem ter suas contas apreciadas pelo TCU. Além disso, o TCU apresenta o papel de realizar inspeções e auditorias de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial nas unidades administrativas do poder executivo (ibidem), o que incluem o órgão gestor da PNASPI e os DSEIs. As contas daqueles que derem causa a alguma irregularidade de que resulte prejuízo ao erário público também podem ser apreciadas (ibidem), nesse sentido, a prestação de contas das conveniadas podem ser objeto de fiscalização do TCU também. Já a Controladoria-Geral da União pode realizar auditorias, inspeções e avaliar os procedimentos administrativos em curso do órgão gestor da PNASPI, visto que seu objeto de controle e finalização são as entidades da administração pública federal (BRASIL, 2019b). A Advocacia-Geral da União, por sua vez, é a instituição que assessora juridicamente o Poder Executivo da União (BRASIL, 1988, art. 131) e, por extensão, o órgão gestor da PNASPI e os DSEIs.

A Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) é uma das comissões que assiste ao Conselho Nacional de Saúde – órgão máximo deliberativo em saúde – do Ministério da Saúde e que tem exercido um papel importante desde a formulação da PNASPI com as discussões na década de 1990, como explicitado no segundo capítulo. A partir da vigência da PNASPI, a CISI tem por finalidade o acompanhamento da implementação da PNASPI em nível nacional, por meio da recomendação de medidas para a sua correta execução (MEMÓRIA CISI, 2006). Além disso, a CISI exerce o papel de receber as demandas dos povos indígenas e organiza-se para fornecer ao Conselho Nacional de Saúde condições de formular políticas para que a população indígena tenha acesso à saúde com qualidade, humanização e acolhimento, segundo a cultura de cada povo (ibidem). Dessa forma, o papel da CISI está tanto na implementação quanto na reformulação da PNASPI, atendendo às exigências do controle social, visto que apresenta participação paritária de membros escolhidos pelos povos indígenas e suas organizações representativas, enquanto a outra metade é formada por representantes do governo e da Academia.

Organizações supranacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Banco Mundial também são relevantes na implementação da PNASPI, pois apoiam financeiramente ações e projetos relacionados à saúde das populações indígenas brasileiras em parceria com o governo (GARNELO; PONTES, 2012). Como são supranacionais, significa que são financiadas por diversos países para atuar em diferentes regiões no mundo, realizando a chamada cooperação técnica internacional (ibidem). Por exemplos, a OPAS apoia com recursos e colaborando tecnicamente com projetos de saúde nos países do continente americano, o PNUD e a UNICEF são instituições vinculadas à ONU que ajudam países com significativos problemas sociais em todas as regiões do mundo e, o Banco Mundial concede empréstimos a países em desenvolvimento realizar ações em saúde, meio ambiente, educação e grandes obras (ibidem).

No âmbito dos atores não estatais, as Organizações Não Governamentais (ONGs)⁷⁷ assumem um papel primordial na PNASPI: a prestação da assistência à saúde dos povos indígenas. Essa prestação se dá por meio de contrato pelo órgão gestor da PNASPI via

⁷⁷ Nesta pesquisa, optou-se por usar essa nomenclatura que é genérica e não existe no ordenamento jurídico brasileiro (SEBRAE, 2020), pois ela é usual nas falas dos atores políticos e da mídia, além de ser capaz de designar todo o conjunto de associações, cooperativas, fundações e institutos da iniciativa privada, que não apresentam fins lucrativos e que prestam serviços de caráter público. As ONGs são sinônimas de Organizações da Sociedade Civil assim como de Entidades do Terceiro Setor (FAGUNDES; SILVA; SILVA, 2014). As ONGs que prestam assistência à saúde dos povos indígenas precisam ter um certificado jurídico específico que é o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) (BRASIL, 2018).

convênios e por meio de parcerias temporárias para campanhas específicas, como na promoção de mutirões de cirurgias e de exames. Outras realizam a prestação de outros serviços que não o da assistência, como de limpeza, manutenção, logística, fornecimento de alimentos. E há, ainda, aquelas que atuam na militância em defesa dos direitos em saúde dos indígenas, assessorando juridicamente nas denúncias e apoiando nos protestos. Como argumentado por Silva e Melo (2010), nas redes de implementação, atores não governamentais têm ocupado papéis relevantes e dividido atribuições com agentes públicos.

3.1.3 Recursos Humanos, Financeiros e Tecnológicos

A atenção básica realizada nas aldeias deve ser por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), nas UBSI, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente (BRASIL, 2002). Os AIS são indígenas que atuam na assistência à saúde em suas comunidades e existem antes da PNASPI. Estima-se que mais de 1.400 AIS já atuavam no Brasil, até 1999, apesar de não estarem inseridos institucionalmente no Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). O trabalho se iniciou na década de 1970, devido à carência de profissionais nas terras indígenas e da descontinuidade das ações pela Funai, sendo majoritariamente voluntário e com escassez de insumos (ibidem). O suporte partia das organizações indígenas, juridicamente constituídas, e de universidades, dando origem a processos locais e regionais de capacitação dos AIS e de valorização da medicina tradicional indígena (BRASIL, 2002; GARNELO; PONTES, 2012).

A partir da PNASPI, os AIS foram incorporados às Equipes Multidisciplinares da Saúde Indígena (EMSI) e, apesar de não possuírem uma legislação para regulamentá-los ainda, são peças-chave da assistência à saúde indígena. Os AIS são o elo entre os membros da comunidade, seus saberes tradicionais e a equipe de saúde (GARNELO; PONTES, 2012). Suas atribuições compreendem: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da população infantil; acompanhamento de gestantes; atendimento aos casos de doenças mais frequentes (infecção respiratória, diarreia, malária); acompanhamento de pacientes crônicos; primeiros socorros; promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência; acompanhamento da vacinação e, por fim, acompanhamento e supervisão de tratamentos de longa duração (ibidem).

As EMSI, em regra, são formadas por: médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem, AIS e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) e outros especialistas e técnicos considerados necessários, como antropólogos, intérpretes, educadores e engenheiros sanitários. Em regra, essa é a constituição das equipes, mas a presença de médicos foi possível em muitos DSEIs apenas após o Programa Mais Médicos, a partir de 2013, de acordo com

entrevistados desta pesquisa e comprovado pela pesquisa realizada por Maria Fontão e Éverton Pereira (2019). Segundo dados da Sesai, em 2015, o número de médicos nas EMSI aumentou 79% em relação à quantidade em 2013, sendo 90% deles médicos cubanos, vinculados ao programa de cooperação com a OPAS (FONTÃO; PEREIRA, 2019). Na pesquisa de opinião realizada pelos autores, 47% dos indígenas entrevistados afirmaram que a EMSI da comunidade não era composta por médico antes do início do programa. Uma vez que os DSEIs são territórios de grande vulnerabilidade e que apresenta dificuldade de provimento e fixação de profissionais, o Programa Mais Médicos priorizou a alocação de médicos nos Distritos, o que representou ampliação do atendimento da população indígena (idem, ibidem). No final de 2018, os cubanos saíram do programa devido a uma declaração considerada ofensiva do recém-eleito presidente brasileiro, Jair Bolsonaro, e, no segundo semestre de 2019, o governo atualizou o nome do programa para Médicos pelo Brasil, além de alterar as regras sobre admissão, salários e territórios beneficiados (SUPPA, 2019). De acordo com um gestor entrevistado desta pesquisa, a prestação de conta e a comprovação do serviço do médico é entre ele e o DSEI, assim como é competência do DSEI a homologação do seu salário, apesar do recurso sair diretamente do Ministério da Saúde.

Em relação aos recursos financeiros, as ações a serem desenvolvidas pelos DSEIs são financiadas por meio dos orçamentos do órgão gestor da PNASPI e do Ministério da Saúde, podendo ser complementadas por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada (BRASIL, 2002). Também está previsto que os estados e os municípios “deverão atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS” (BRASIL, 2002, p. 26), pois os indígenas são munícipes, e o Piso da Atenção Básica (PAB) os inclui. Quanto ao valor repassado aos DSEIs é prescrito que deverá ser conforme o quantitativo populacional, a situação epidemiológica e as características referentes à localização geográfica (BRASIL, 2002)

Nesse sentido, o financiamento do subsistema de saúde indígena diferencia-se do que ocorre no restante do SUS, pois não é obrigatoriamente tripartite. Como está na Lei Arouca, cabe à União, com seus recursos próprios, financiá-la, sendo complementar o custeio e execução das ações por estados, municípios e outras instituições governamentais e não governamentais (BRASIL, 1999, art. 19-C, 19-E.).

Em relação ao atendimento dos povos indígenas nas unidades de saúde municipais e estaduais, para qualquer complexidade (primária, média ou alta), é uma garantia da Lei Orgânica do SUS devido aos princípios da universalidade e integralidade, pois municípios e

estados recebem um valor per capita por eles, uma vez que compõem o quantitativo populacional de onde estão situados. Entretanto, com o intuito de viabilizar que sejam atendidos de forma diferenciada, com respeito às suas especificidades, nos atendimentos especializados, nas clínicas e hospitais públicos, um incentivo financeiro foi criado pela portaria nº 1.163/1999, destinado aos municípios e estados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). É o Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena, que era conhecido como IAPI. Esse recurso foi atualizado pela Portaria 2.663, de 11 de outubro de 2017 para Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), com novos critérios para recebê-lo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). O IAE-PI viabiliza, por exemplo: o direito do paciente indígena a intérprete, se for necessário; dieta especial ajustado aos hábitos indígenas de cada etnia e assistência dos cuidadores tradicionais (como pajés, rezadeiras, parteiras), adaptando os espaços para viabilizar as práticas (ver anexo). Issô Truká explica a importância deste incentivo e como ele é realizado:

IAPI é um incentivo à média e alta complexidade. É porque esse incentivo vai para que os estados e municípios atendam o índio respeitando seu itinerário terapêutico, respeitando a tua cultura, respeitando a tua forma de crença, cura e autocuidado. Então esse incentivo foi criado (...) pensando nessa especificidade e não em privilégio, mas atendendo ao índio como ele é. Nós temos família que a família inteira precisa ser levada ao hospital. Nós temos indígenas que não dormem em cama, só dormem em rede, isso tem que ser respeitado. É cultural. Tem indígena que só dorme em esteira, é uma questão cultural que não vai comprometer o seu estado de saúde, e que os profissionais das unidades de saúde precisam respeitar essa forma cultural dos povos. Então esse incentivo vem com esse objetivo. Você pode acessar esse a R\$7.500, no mínimo, podendo chegar até a 380 mil, dependendo da demanda. À medida que você (o município ou estado) atende de forma escalonada, que você vai ampliando sua rede, você vai tendo um repasse maior. Isso é bom.

Em 1999, também foi instituído o Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI) com o objetivo de financiar ações e procedimentos de assistência básica de saúde aos povos indígenas nos municípios, que o recebiam por meio de transferência fundo a fundo pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999; MPF, 2012). O IAB-PI foi extinto em 2012 (MPF, 2012), o que provocou a resistência de muitos gestores municipais na ocasião.

O trecho a seguir da Recomendação nº 5 do MPF (2012) sobre a devolução do saldo remanescente referente a este recurso que era recebido pelas prefeituras, reforça a compreensão dos motivos pelos quais os povos indígenas recusam a municipalização da saúde indígena.

Considerando que a população indígena não vem recebendo a prestação de serviços na área da saúde de forma digna e eficiente, não se justificando a existência de recursos em conta sem a devida aplicação e conversão desses recursos em ações de saúde para os povos destinatários (MPF, 2012, p. 6).

De acordo com uma servidora do Ministério da Saúde, entrevistada desta pesquisa, o financiamento da PNASPI aumentou progressivamente, sobretudo, a partir da criação da Sesai, em 2010, pois as fontes orçamentárias destinadas à assistência primária à saúde indígena foram unificadas. Na gestão da Funasa, o orçamento destinado a PNASPI provinha da Funasa e da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. A SAS é que repassava o (IAB-PI) aos municípios, via fundo a fundo. Com a extinção desse incentivo aos municípios, o montante deste recurso foi repassado ao orçamento da Sesai. Além disso, como explicado pela entrevistada, o recurso destinado às ações de saneamento e edificações da PNASPI também foi integrado ao orçamento da saúde indígena, visto que, na Funasa, não havia recurso exclusivo da PNASPI para essas ações. Em 2018, o recurso do Ministério da Saúde direcionado para a saúde indígena foi de R\$ 1,4 bilhões. Este valor está localizado no Programa chamado “Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas”. Dentro do Programa, por sua vez, o recurso está localizado em duas ações orçamentárias: “Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena” e “Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos” (INESC; APIB, 2018).

Quanto aos recursos tecnológicos, o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) foi implantado simultaneamente em todos os 34 DSEIs em 2000, visando melhorar a disponibilidade e o acesso às informações sobre saúde, fundamentais para o planejamento, operação e avaliação das ações (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007). Pelo SIASI, as informações são coletadas, processadas e analisadas a fim de acompanhar a saúde das comunidades indígenas, abrangendo óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, produção de serviços, recursos humanos e infraestrutura (ibidem). Até 1999, as reduzidas informações de saúde dos povos indígenas, dados sobre nascimentos e óbitos, em geral, eram gerenciadas pela Funai (ibidem). Esses dados eram coletados nas aldeias sem que fossem consolidados, analisados ou divulgados satisfatoriamente (ibidem). Outros sistemas importantes são o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, por meio do Hórus, e o Sistema de Informação de Saneamento em Áreas Indígenas (SISABI).

Todos esses sistemas são de uso exclusivo dos servidores e trabalhadores da saúde indígena e, quanto ao SISABI, ao ser solicitado acesso a alguns dos seus dados para esta pesquisa, em agosto de 2017, fui informada, pelo Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC), que o Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena não utiliza mais o sistema SISABI, por ele não atender as necessidades da área. Informaram,

também, que não possuem nenhum outro sistema de informações de saneamento dentro da Sesai.

3.1.4 Instrumentos Legais e administrativos

Como conceituado por Pires e Gomide (2018), os arranjos institucionais são preenchidos por instrumentos específicos que sustentam e organizam as relações no cotidiano de implementação da política. Esses instrumentos, na PNASPI, são expressos pelas modalidades de contratação de empresas privadas ou entidades sem fins lucrativos pelo poder público, por meio das chamadas públicas, do chamamento público, dos convênios e das terceirizações para a prestação de serviços e fornecimento de insumos; também são instrumentos da Política os processos seletivos utilizados pelas conveniadas; os instrumentos de planejamento das ações; as portarias emitidas pelo Ministério da Saúde e pelo órgão gestor que estabelecem as rotinas; os sistemas de fiscalização dos contratos e o Controle Social.

Em relação ao modelo de contratação dos profissionais de saúde, desde à Lei Arouca, em 1999, a Funasa havia optado pela renúncia à execução direta da assistência à atenção primária da saúde indígena, adotando o modelo de convênios ou terceirização dos serviços (GARNELO; SAMPAIO, 2005). Ou seja, atribuições que seriam estatais foram transferidas para a esfera privada, mas o controle administrativo desses serviços foi mantido, apesar do quadro reduzido de efetivos. Durante a gestão da Funasa, havia três meios de adquirir mão de obra para a assistência: i) servidores efetivos da própria Fundação; ii) convênios com ONGs e universidades e iii) repasse de verbas do Fundo Nacional de Saúde para que os municípios montassem as EMSI (ISA, 2010). Além da complexidade dos três meios de aquisição de profissionais, os perfis assumidos pela terceirização variaram por região. Na Amazônia, nos primeiros anos da implantação dos DSEIs, a Funasa firmou convênios com diversas ONGs organizadas pelos próprios indígenas e, em menor número, com outras entidades não governamentais de apoio a causa indígena, contratando seus serviços para a execução das ações de atenção à saúde nos distritos (GARNELO; PONTES, 2012). No Sul e no Centro-Oeste, o modelo predominante da assistência foi, também, o dos convênios pactuados com as ONGs (ibidem). Já no atendimento das regiões Nordeste e parte do Sudeste, devido à ausência de entidades minimamente organizadas com capacidade de firmar convênios similares, a execução das ações foi realizada por meio dos governos municipais (ibidem). A partir da gestão da Sesai, os servidores da Funasa foram transferidos para a Sesai, os convênios com ONGs se tornaram majoritários e o repasse para que os municípios montassem as EMSI deixou de ocorrer.

Os convênios para a assistência à saúde são firmados por meio de chamamentos públicos que devem ser realizados nacionalmente, de cinco em cinco anos. O chamamento público é utilizado para a modalidade de convênio ou de contrato de repasse e é um procedimento obrigatório para a seleção de entidades privadas sem fins lucrativos / organizações da sociedade civil que vão atuar em conjunto com a instituição pública (PEGON, 2018). Na prática, os chamamentos públicos não estavam ocorrendo de forma regular e nem de forma concomitante em todos os 34 DSEIs. Em março de 2018, após reunião com lideranças indígenas que compõem o Fórum Nacional dos Presidentes de Condisi (FPCondisi), a Sesai decidiu acolher as reivindicações deles, cancelar as chamadas públicas anteriores que contemplavam apenas alguns DSEIs e realizar um chamamento público único com vistas a selecionar instituições privadas sem fins lucrativos, interessadas em atuar na execução de ações em saúde em áreas indígenas (PEGON, 2018). De acordo com entrevistados desta pesquisa, algumas conveniadas transferem suas atividades a outras organizações, o que é uma terceirização da terceirização. Outros serviços também são subcontratados (como transporte, serviços gerais), mas a periodicidade desses contratos é variável e são acordados em cada DSEI, de acordo com gestores entrevistados desta pesquisa.

Quanto à seleção e à contratação pela entidade privada sem fins lucrativos da equipe envolvida na execução do convênio, deve-se realizar processo seletivo, observados os princípios da administração pública de publicidade e impessoalidade, sendo que os trabalhadores da saúde indígena em exercício, com qualificação e produtividade compatíveis com a função desempenhada, devem possuir preferência na seleção (BRASIL, 2018). Ou seja, como explicado por entrevistados desta pesquisa, aqueles profissionais com experiência na assistência à saúde dos povos indígenas e que desempenham um trabalho reconhecido pela comunidade indígena são destacados nas reuniões do Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi), em que participam as três categorias interessadas (usuários indígenas, gestores e trabalhadores), recebendo prioridade na recontração. Nesse sentido, mesmo que as conveniadas sejam substituídas, os profissionais de saúde que demonstrem interesse e compromisso com a saúde indígena, sendo bem quistos pela comunidade indígena, permanecem.

Dentre os instrumentos de controle das ações das conveniadas, a Funasa, por meio da Portaria nº 126, de fevereiro de 2008, determinou a apresentação pelas prestadoras de serviço de um termo contendo as justificativas, os objetivos, a descrição das metas pactuadas e executadas, a metodologia de trabalho, o período de execução do convênio, a proposta

orçamentária e o histórico resumido da instituição (FUNASA, 2009). O termo deveria ser aprovado pela Coordenação Regional (Core), unidade da Funasa localizada em cada estado, em acordo com o DSEI, e apreciado pelo Condisi. Outro instrumento, durante a gestão da Funasa, foi a Portaria nº 293, de julho de 2008, que definiu os critérios para a celebração dos convênios, como a garantia de viabilidade técnica das ações a serem executadas e a obrigatoriedade de prestação de informações, a qualquer tempo, à Funasa (ibidem). Esses instrumentos foram exigidos após críticas do Congresso Nacional à Funasa e denúncias do Ministério Público Federal (MPF) em relação a irregularidades nos contratos da Fundação com as ONGs e prefeituras na prestação da assistência à saúde indígena (PEREIRA, 2014). Dentre essas irregularidades, as investigações apontavam que algumas conveniadas apresentavam estrutura física e logística inadequadas, insuficiência de profissionais, problemas gerenciais e administrativos (idem).

Já no âmbito da gestão da Sesai, passou-se a exigir a elaboração de documentos de planejamento pelas conveniadas prestadoras da assistência, sendo um Plano de Trabalho e um Plano de Ação baseados no Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) vigente (BRASIL, 2018). O PDSI é um instrumento de gestão que planeja as ações e o gasto orçamentário do órgão gestor da PNASPI por quatro anos e já existia com a Funasa (INESC; APIB, 2018). Este Plano Distrital é considerado a principal ferramenta do controle social, pois sua construção se dá com a participação coletiva dos conselheiros de saúde indígena desde o nível local (ibidem). Os Planos Municipais e Estaduais de Saúde devem inserir as ações voltadas à saúde das comunidades indígenas de seus territórios, de forma compatível ao PDSI (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Já os Planos de Trabalho e de Ação das conveniadas devem ser elaborados a partir da análise situacional dos DSEIs, do perfil epidemiológico local, das características do território, da estrutura e da organização dos serviços de saúde, bem como das características étnicas e culturais dos povos indígenas (BRASIL, 2018). Também devem estar contidas nos planos as metas de saúde conforme orientação do Conselho Nacional de Saúde (ibidem).

De acordo com os documentos oficiais que regulam os convênios⁷⁸ e segundo explicações de entrevistados desta pesquisa, o poder de gerência das conveniadas é limitado, visto que elas devem realizar os processos seletivos para contratação dos trabalhadores e realizar os pagamentos, mas as especificações (como quantidade, cargos, perfil, indicação dos profissionais com experiência e boa relação com os indígenas) são realizadas pelo controle social, especificamente, nas reuniões do Conselho Distrital de Saúde (Condisi). Além da

⁷⁸ O mais recente é o edital do Chamamento Público ocorrido em 2018 (BRASIL, 2018).

contratação e pagamento, a conveniada tem a obrigatoriedade de “dar ampla transparência aos valores pagos, de maneira individualizada, a título de remuneração de sua equipe de trabalho vinculada à execução do objeto do instrumento” (BRASIL, 2018, p. 12), além de que deve apresentar relatórios, durante e ao término do contrato, sobre a execução dos serviços prestados.

O acompanhamento e a fiscalização das ações das conveniadas são realizados pelo Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse (SICONV), que é um instrumento do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão⁷⁹ desenvolvido para essa finalidade em relação a todos os convênios do governo federal. Está previsto no documento de Chamamento Público (BRASIL, 2018) que, por meio de parceria com o Ministério da Saúde, Instituição Pública de Ensino e Pesquisa também pode realizar avaliação do desempenho da entidade conveniada. Além disso, há múltiplas instâncias de controle, como o controle social indígena, a Controladoria-Geral da União, a Advocacia-Geral da União, o Ministério Público Federal e o Tribunal de Contas da União. Como exemplo da atuação desses controladores, a realização do Chamamento Público de maio de 2018, para atualização dos convênios com as ONGs e diversificar o número de organizações conveniadas, foi uma recomendação “dos órgãos de controle externo, no sentido de aumentar a fiscalização e melhorar a qualidade dos serviços e ações de atenção à saúde junto aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas” (PEGON; ALMEIDA, 2018, p. 1).

A participação indígena “em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento” da PNASPI está expressa na Portaria nº 254 como uma diretriz (BRASIL, 2002, p. 8). Na Lei Arouca já estava previsto que “as populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde” (BRASIL, 1999c, art. 19-H) assim como a “participação da comunidade” é um dos princípios do SUS (BRASIL, 1990, art. 7º, VIII). Além disso, é um dever do Estado, de acordo com a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), a participação livre e informada dos povos indígenas nas decisões que lhes afetam:

Ao aplicar as disposições da presente Convenção, os governos deverão: (...) b) estabelecer os meios através dos quais os povos interessados possam participar livremente, pelo menos na mesma medida que outros setores da população e em todos os níveis, na adoção de decisões em instituições efetivas ou organismos administrativos e de outra natureza responsáveis pelas políticas e programas que lhes sejam concernentes (BRASIL, 2004, art. 6º, 1, b)

⁷⁹ A partir de 2019, tornou-se uma estrutura dentro do Ministério da Economia.

No entanto, a construção do controle social indígena foi um processo que não se deu de forma imediata com a Lei Arouca. De acordo com entrevistados desta pesquisa, a formação das instâncias participativas locais, distritais e nacionais se fortaleceu após a formalização da PNASPI, a partir de 2002. A seguir, segue um desses relatos:

Então paralelo a essa discussão (do modelo de organização por DSEIs), a gente começa a trazer a comunidade com a discussão, já pensando na lógica de criar os conselhos de saúde pra atuar de forma participativa (...). Foram 2 anos pra gente começar a montar os conselhos locais de saúde. E a partir de 2002 a gente começa a pensar nos conselhos distritais. Já trazendo a gestão, os trabalhadores e os usuários para uma discussão mais técnica, mais política, uma discussão em que a gente pudesse ter os três segmentos discutindo saúde. E aí foi quando a saúde ganha uma cara nova, um peso novo. E aí também ainda (em) 2002 se aprova a Política, que foi a PNASPI (Carmem Pankararu, indígena e presidenta do SindCopsi).

Como argumentado por Pires e Gomide (2016), ao permitir que atores locais julguem e revejam os processos de implementação de forma a corrigi-los, adaptando os objetivos gerais de uma política aos contextos e condições locais de implementação, em uma dinâmica em que o monitoramento e a reflexão coletiva sobre os resultados da política alimentam seu contínuo aprimoramento, o arranjo institucional da política é caracterizado como inclusivo.

Os conselhos locais e distritais, um fórum e as conferências nacionais são as principais arenas institucionalizadas de controle social da política de saúde indígena. Os Conselhos Locais de Saúde Indígena são permanentes, consultivos e compostos somente por indígenas; os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) são permanentes, paritários e deliberativos; o Fórum de Presidentes dos Condisi (FPCCondisi) é permanente e consultivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018) e as Conferências Nacionais de Saúde Indígena são convocadas pela Conferência Nacional de Saúde (SESAI, 2018). Cada DSEI possui um Condisi responsável por fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde em suas regiões. A participação nesse âmbito se dá por representação: 50% dos membros são representantes dos usuários, eleitos pelas respectivas comunidades indígenas da área de abrangência de cada DSEI; 25% são representantes dos trabalhadores; e, os outros 25% representam os governos municipais, estaduais, distrital, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena, indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos que representam (ibidem).

Já o FPCCondisi, que é formado pelos 34 presidentes dos Condisi, é a instância de interação entre os DSEIS e o Ministério da Saúde, pois atua na formulação e no controle da execução da PNASPI e apresenta como finalidade zelar pelo cumprimento das diretrizes do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), articulado com o SUS (ibidem). O Fórum tem caráter consultivo, propositivo e analítico, constituindo a instância máxima de

assessoramento das Políticas de Saúde Indígena, sem prejuízo das competências deliberativas do Conselho Nacional de Saúde (ibidem).

Na rede de implementação da PNASPI, os povos indígenas assumem um papel tão relevante quanto os formuladores (compostos pelos integrantes do poder executivo e legislativo) e os implementadores (gestores, conveniadas e trabalhadores da saúde indígena). Em momentos de crise da Política, até mais decisivo. Essa constatação é realizada pelos próprios indígenas, pelos gestores e pelos profissionais de saúde entrevistados nesta pesquisa que atribuem o engajamento político e participativo indígena à evolução da PNASPI:

E eu diria que o subsistema funciona melhor que o SUS como um todo, na atenção básica, não tenho nenhuma dúvida disso. E isso se deve basicamente por conta da nossa participação no controle social. De fato a gente cobra, a gente se debruça sobre as leis, a lei 8.080⁸⁰, a 8.136⁸¹, a 8.142⁸², portaria 753, 755 da Sesai, a 457, então isso a gente se empodera né, para poder cobrar os nossos direitos a partir da participação social, pacífica. Nós nos manifestamos sempre que é necessário, sempre que é pertinente e acho que é isso que faz a diferença em relação aos processos que a gente tem hoje, por exemplo, de desmanche, de desmonte do SUS, de desfinanciamento, de propostas de acabar com o SUS, e que a gente também está se inteirando dessa luta, porque se você tira a retaguarda que é o SUS, a gente tá enrolado do mesmo jeito (Uwira Xacriabá, indígena e presidente do Condisi Altamira-Pará).

Portanto, o arranjo institucional da PNASPI mostra-se ser complexo e inclusivo. É complexo porque é uma política transversal, em que se articulam diferentes áreas temáticas (saúde, saneamento, educação, propriedade de terras). E é inclusivo, porque a tomada de decisão e a execução da PNASPI são distribuídas e compartilhadas entre atores governamentais e não governamentais diversos. Nas próximas três seções, as mudanças institucionais já ocorridas e consideradas mais relevantes serão descritas e analisadas.

3.2 Mudança de Regra e de Interesses: enfraquecimento das ONGs em prol da municipalização da saúde indígena

Essa seção foi baseada na pesquisa de Luíza Garnelo com colaboradores (2006; 2007; 2012) sobre as Portarias 69/2004 e 70/2004 da Funasa que impactaram o fornecimento de material para a saúde indígena, a atuação das ONGs na prestação da assistência e suas reputações a partir de 2004. A autora analisou os repasses financeiros aos sistemas municipais

⁸⁰ Lei 8.080 é a Lei Orgânica do SUS.

⁸¹ Decreto 8.136 aprova o regulamento do Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial.

⁸² Lei 8.142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

com vistas à saúde indígena do período de 1999 a 2006 e a relação de aproximação política entre o governo federal e as prefeituras.

Em 2004, durante o governo Lula, os gestores da Funasa, então responsável pela atenção à saúde indígena, tomaram uma decisão unilateral, sem consulta às instâncias de controle social. A decisão foi no sentido de centralizar na sede da Fundação, em Brasília, a aquisição dos insumos e equipamentos necessários ao desenvolvimento das ações da PNASPI (GARNELO, 2006). Como consequência, o repasse às conveniadas dos recursos anteriormente destinados a este fim foi extinto. Essa posição foi tornada pública através das Portarias 69/2004 e 70/2004. Na prática, essa medida significou a perda da autonomia das conveniadas na condução das rotinas sanitárias sob sua responsabilidade, limitando-as à posição de contratantes de mão de obra para o trabalho nos DSEIs (ibidem). Atualmente, ainda é esta a posição das conveniadas de acordo com entrevistados desta pesquisa. Antes dessa decisão, o regime administrativo das conveniadas permitia um processo mais ágil de aquisição de insumos, evitando a escassez de meios materiais necessários aos atendimentos (ibidem).

De acordo com Garnelo (2006), outra consequência dessa decisão foi que boa parte das conveniadas enfrentou dificuldade em efetivar as prestações de contas dos recursos recebidos, de acordo com os moldes exigidos pela legislação, o que levou os dirigentes da Funasa, à época, a fomentar uma campanha pública de acusações de gestão inadequada dos recursos públicos por parte das conveniadas. Como efeito dessas acusações, algumas ONGs sofreram intervenções administrativas, apreensão de seus bens pela polícia federal e prejuízos à imagem de defensoras dos direitos indígenas (ibidem). Administrativamente, diversas conveniadas sofreram prejuízos financeiros, principalmente devido às ações judiciais dos profissionais que tiveram salários atrasados e direitos trabalhistas desrespeitados, em virtude da descontinuidade nos repasses de recursos pela Funasa (ibidem).

Segundo as autoras Garnelo e Pontes (2012), a motivação para essa mudança de regra foi uma alteração de interesse dos dirigentes da Funasa que, a partir de 2004, optaram pelo rompimento da aliança com o movimento indígena e várias das conveniadas eram ONGs formadas pelos indígenas ou de defesa dos seus direitos. Além disso, a precariedade do monitoramento, por parte da Funasa, sobre os recursos repassados, os objetivos e metas pactuadas nos convênios firmados, além das deficiências de qualificação nos quadros técnicos de diversas conveniadas para responder às demandas do poder público colaboraram para a crise na gestão da saúde indígena que se instaurou desde então (ibidem).

Esses problemas comprometeram a credibilidade das ONGs junto à população atendida e à opinião pública de forma que algumas delas acabaram encerrando suas atividades (GARNELO, 2006). Do lado da Funasa, observou-se um forte atrelamento da Fundação a interesses partidários, levando a protestos indígenas contra o loteamento de cargos; a cooptação política dos dirigentes, especialmente, nos níveis locais e regionais da instituição; e as irregularidades na aplicação dos recursos da saúde indígena (WEIS; ZANCHETTA, 2006 apud GARNELO; PONTES, 2012). Como consequência, os acordos com os sistemas municipais de saúde foram ampliados ao longo dos dois mandatos do presidente Lula, ocorrendo incremento nos repasses referentes ao IAB-PI e ao IAE-PI como pode ser observado pela tabela abaixo elaborada por Garnelo e Escobar (2007 apud GARNELO; PONTES, 2012), a partir do banco de dados do DATASUS.

Tabela 1 – Recursos Orçamentários Repassados aos Municípios (1999 a 2006) – valores em R\$

Ano	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	C Oeste
1999	39.950,00	288.350,00	115.100,00	55.250,00	--
2000	733.450,00	2.867.039,00	967.150,00	742.450,00	13.348,00
2001	10.502.999,00	8.720.957,00	5.694.939,00	1.391.280,00	1.571.421,00
2002	18.117.720,00	11.075.238,00	6.720.040,00	1.600.500,00	3.329.328,00
2003	25.313.782,00	11.824.777,00	6.744.990,00	1.800.450,00	3.634.919,00
2004	31.610.933,00	14.600.418,00	7.779.938,00	2.063.240,00	5.355.381,00
2005	47.493.836,00	19.875.993,00	8.404.150,00	3.505.520,00	24.265.183,00
2006	50.461.273,00	23.331.549,00	7.553.873,00	3.685.100,00	27.346.916,00

Fonte: DATASUS, elaborado por Garnelo e Escobar (2007 apud GARNELO; PONTES, 2012).

Segundo os autores, esse levantamento não é exaustivo, porque diversos municípios tiveram problemas na prestação de contas dos recursos recebidos do governo federal, tornando-se inadimplentes (GARNELO; PONTES, 2012). Essa situação inviabiliza o acesso aos seus dados na página do DATASUS (ibidem). No entanto, as informações disponíveis confirmam a tendência de incremento no repasse para os municípios.

Tabela 2 – Evolução do Orçamento da Saúde Indígena (2003 a 2007) - valores em R\$

Fonte	2003	2004	2005	2006	2007
FUNASA	136.892.000,00	181.968.740,00	219.502.706,34	296.994.353,39	328.257.894,38
SAS	61.707.348,00	74.665.255,00	115.329.232,00	164.441.614,00	175.948.668,00
TOTAL	198.599.348,00	256.633.995,00	334.831.938,34	461.435.967,39	504.206.562,38

Fonte: Consórcio IDS-SSL-CEBRAP, 2009.

A partir dos valores contidos nas tabelas é possível calcular que, em 2003, tais repasses representaram 25% do orçamento da saúde indígena, aumentando para 31,4%, em 2005. A conclusão da pesquisa de Garnelo com colaboradores (2006; 2007; 2012) foi que houve crescimento dos incentivos financeiros destinados à assistência da saúde indígena pelos municípios e isso foi reflexo de uma mudança de interesses dos gestores da Fundação. Esse incentivo à municipalização da saúde indígena impulsionou protestos do movimento indígena, pois a diretriz histórica da luta dos povos originários é pela gestão federal das suas políticas públicas (GARNELO; PONTES, 2012).

Analisa-se que, apesar de não estar no plano da PNASPI (Lei Arouca, Portaria nº 254 e legislação complementar) o papel das conveniadas na Política, visto que nele está previsto a execução das atividades diretamente pela Funasa, essa mudança é institucional e é relevante. Institucional porque significou uma mudança na rotina, nas regras tacitamente acordadas e das instituições responsáveis pela prestação dos serviços. E é relevante, porque fortaleceu a reação contestatória indígena em relação a um dos pontos mais criticados na Política: sua municipalização, que já tinha mostrado sua inadequação.

3.3 Mudança de Regra: Autonomia dos DSEIs

Como segunda mudança, identifica-se a autonomia administrativa e financeira dos DSEIs em relação à Funasa, garantida formalmente a partir de 2009 (mas colocada em prática apenas a partir da atuação da Sesai, no final de 2010), o que pode ser considerado como uma decisão relevante no âmbito das regras da Política. Nesse sentido, uma camada hierárquica deixaria de existir, pois os DSEIs deixaram de ser subordinados às Coordenações Regionais (Cores), que estavam vinculados ao Departamento de Saúde Indígena (Desai) da Funasa. Tal

autonomia já era reivindicada pela população indígena antes mesmo da implantação completa dos DSEIs, como é possível constatar pelo relatório final da 2ª CNSPI (CNSPI, 1993, p. 3):

O Distrito Sanitário Especial Indígena deve ser caracterizado por: (...) autonomia administrativa e financeira através do repasse de recursos do governo federal diretamente para os distritos, mediante apresentação de projetos, aprovados nos Conselhos Distritais.

Na 3ª CNSPI, em 2001, essa reivindicação foi reiterada e acrescida da proposta por autonomia orçamentária dos DSEIs e da sua submissão ao controle social da comunidade indígena.

O Governo Federal deve assegurar a autonomia administrativa, orçamentária e financeira efetiva de gestão para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, reconhecendo-os como unidades gestoras, submetidos ao processo de controle social (CNSPI, 2001, p. 2).

No Acampamento Terra Livre (ATL) de 2005, a autonomia dos DSEIs também é defendida pelo movimento indígena (PEREIRA, 2014), e, na 4ª CNSPI, ocorrida em 2006, em Rio Quente – Goiás, essa ideia é reforçada (CNSPI, 2007). Na 4ª CNSPI, inclusive, o presidente da Funasa, Paulo Lustosa, afirma que a instituição já estava iniciando o processo de autonomia dos DSEIs, sendo o DSEI do Maranhão o primeiro. Porém, a autonomia dos 34 DSEIs passa a ser formalmente reconhecida a partir de 18 de junho de 2009, quando é assinado o decreto presidencial nº 6.878, no contexto do governo de Luís Inácio Lula da Silva, mas é colocada em prática apenas a partir de 2010/2011. Essa autonomia foi considerada uma importante conquista, porque desburocratizou a gestão da atenção primária, diminuindo o tempo para aquisição de recursos, por exemplo, e possibilitou ações de acordo com as especificidades do DSEI, como relata uma enfermeira, entrevistada desta pesquisa:

Isso foi muito importante (...). Por exemplo, a prefeitura (...) nunca faria uma unidade básica de saúde de acordo com a necessidade daquele indígena. Por exemplo, a etnia Maxacali, por ela ter grande indicador de desnutrição, tem um programa de recuperação nutricional, aí oferta a comida pras crianças, pras gestantes e pros idosos todos os dias. Isso porque o DSEI tem autonomia pra fazer de acordo com a necessidade, e aí ele vai fazer uma unidade de saúde básica indígena de acordo com as normas da vigilância (e), junto dessa unidade, um galpão. (...) Essa autonomia pra o DSEI foi muito boa, foi uma conquista para os indígenas de acordo com o que eles necessitam dentro daquela comunidade e pra a gente profissional foi bom porque a gente consegue fazer um trabalho de acordo com o que o serviço pede. Antigamente, por exemplo, as capacitações vinham direto de Brasília, e, por exemplo, capacitava todos os profissionais de saúde, os enfermeiros, e aí, por exemplo, dá cinco vagas pra cada DSEI e aí mandava pra Brasília, nível nacional, que ia de cada lugar, e fazia a capacitação (...) por exemplo de IST (Infecção Sexualmente Transmissível), só que a minha necessidade era outra (...). Hoje eu faço meu projeto de capacitação de acordo com a minha necessidade, não de acordo com o nível nacional (enfermeira de um DSEI).

Outra consequência da autonomia gerencial e financeira dos DSEIs foi que a execução do PDSI passou a ser de responsabilidade de cada coordenação distrital, o que se tornou mais um desafio, mas, também, ampliou a participação dos conselheiros locais e distritais na elaboração e fiscalização do Plano (NABUCO, 2016).

Por outro lado, essa autonomia é considerada parcial. Pereira (2014) observa que a autonomia do DSEI de prestar a assistência à saúde de forma direta não foi alcançada. Além disso, há um limite de execução orçamentária do DSEI que, desde 2012 (Portaria nº 1.338), é no valor de 500 mil reais. Então, para a execução orçamentária acima deste valor, o DSEI precisa de autorização do órgão gestor central, assim como a indicação do coordenador do DSEI é uma decisão centralizada, como relatam entrevistados desta pesquisa:

Eles falam gestão plena (sobre a autonomia dos DSEIs). Essa gestão plena ela é figurativa né, porque o gestor aqui ele tem autonomia de autorizar comprar o equipamento igual os ultrassons ali, mas ele não tem o dinheiro para pagar, ele tem que pedir pra Brasília, pra Brasília fazer o pagamento, nós não temos dinheiro aqui. Nós encaminhamos o processo para todo seu trâmite e na hora da compra a Sesai que analisa, a nível central, (se) autoriza ou não. Então não é uma gestão não tão plena (Izac Barbosa Axer, chefe da Diasi DSEI MG/ES).

(É uma dificuldade da PNASPI) a morosidade nos processos de aquisição de medicamentos (...) por causa dos trâmites né, porque o DSEI é uma unidade gestora, mas ele é uma unidade gestora que o recurso não está no DSEI. O recurso para o DSEI está, no que a gente chama, “dentro do teto”, que é para pagamentos (...) de necessidades básicas, conta de luz, água, telefone, contratação de terceirizados, que são serviços gerais, por exemplo. O que são aquisições maiores - medicamentos, insumos, saneamento básico -, o recurso ele é centralizado (na Sesai) (...). Então nosso trâmite é: o processo é feito aqui e vai para a Advocacia Geral da União, porque eles que nos representam enquanto advogados para orientar em relação aos processos (...), depois ele vai para a SESAI, aí depois ele volta para a gente. Aí concluída a licitação, o recurso também segue extrato de solicitação de recurso e descentralização do recurso, então ele é um pouco mais moroso que (o trâmite) no município. (...) (Porém) antes não tinha autonomia nenhuma né, (...) era realmente a FUNASA que fazia todos os processos, aí o DSEI executava somente (farmacêutica de um DSEI).

Por que relativa? Porque não é possível ter uma autonomia de 100%. Por exemplo, a autonomia política que a gente fala não é possível. O ideal seria que cada distrito funcionasse assim: aqui são os gestores que nós que vamos colocar (Uwira Xacriabá, indígena e presidente do Condisi Altamira-Pará).

Em 2016, as Portaria nº 1.907, de 17 de outubro, e 2.141, de 25 de outubro, retiraram as autonomias financeiras tanto dos DSEIs quanto da Sesai. Após manifestações indígenas, da atuação do MPF e de uma reunião entre lideranças indígenas de mais de quinze estados com o então ministro da saúde, Ricardo Barros, as portarias foram revogadas no dia 25 de outubro do mesmo ano (FARIAS; PONTES, 2016). A retirada da autonomia dos órgãos foi percebida pelo movimento indígena como uma tentativa de municipalização da saúde indígena e, pela nota

técnica do MPF, como uma violação à CF/88 e à Convenção 169 da OIT devido a não consulta aos povos indígenas, além de ser um prejuízo aos avanços da PNASPI (MPF, 2016).

Portanto, a mudança institucional que possibilitou a autonomia dos DSEIs, ao contrário da mudança anterior que retirou a autonomia das conveniadas, foi uma tomada de decisão que permitiu a implementação da PNASPI como uma política diferenciada, aproximando-a das reivindicações indígenas.

3.4 Mudança de Gestão: Funasa para Sesai

Uma terceira mudança relevante, ocorrida no ano seguinte ao do Decreto da autonomia dos DSEIs, foi a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, pelo Decreto 7.336/2010. A Sesai pertence à estrutura interna do Ministério da Saúde, substituindo a Funasa, entidade vinculada ao Ministério, mas externa a ele, na gestão da PNASPI. A execução direta da saúde indígena pela União é uma reivindicação dos povos indígenas desde a 1ª CNSPI⁸³, então a criação de uma secretaria executiva do Ministério da Saúde inteiramente dedicada à pasta constituiu um importante passo em direção a essa demanda indígena.

Essa importante mudança no arranjo institucional da saúde indígena confirma o argumento de que, na implementação, decisões são tomadas, mais do que implementadas, além de que a implementação é uma constante reformulação da política pública. No caso em análise, novas decisões se deram tanto em função das preferências dos implementadores, em desacordo com as definições da política (gestores da Funasa), e ou em função das ineficiências na gestão pela Funasa, que provocaram reações dos *stakeholders*, e que produziram mudanças institucionais com vista a atingir os objetivos da política diferenciada. Nos relatos a seguir, os entrevistados explicam por que os povos indígenas e os profissionais de saúde não estavam satisfeitos com a atuação da Funasa como gestora da PNASPI. Dentre os motivos, estão a falta de transparência na gestão, os convênios com os municípios para contratação de mão de obra, a remuneração precária e instável dos profissionais de saúde e as equipes multidisciplinares incompletas.

⁸³ “o **gerenciamento** das ações e serviços de atenção à saúde para as nações indígenas, deverá ser da **responsabilidade de um único órgão, criando-se uma agência específica para tal fim**, com representação indígena; a **vinculação institucional desta agência deve ser com o ministério responsável pela coordenação do sistema único de saúde**, de modo a integrar o sistema específico de saúde para os índios ao sistema nacional. (...) A **execução das ações de saúde ao nível primário de atenção deve ser de responsabilidade da agência supracitada** aqui proposta, a integração com os demais níveis de atenção aqui contemplados e pelo Sistema Único de Saúde” (CNPSI, 1986, p. 2, grifos nossos).

Então por que que a gente tem essa posição de não à municipalização? Porque, na época da Funasa, não era uma municipalização total, era parcial. Os municípios contratavam a força de trabalho. E nós tivemos muitos /ênfase/ problemas com os gestores nos municípios. Nós tivemos sérios problemas de enfrentamento. Nós tivemos muitas demissões, muita troca injusta de profissionais. Os modelos de contrato eram sucateados. Então todos esses problemas a gente já experimentou e olha que ainda era parcial. Você imagina (...) se o município vier a assumir também a gestão. Porque a gestão da saúde indígena depende de estruturas que o município não disponibiliza para seus municípios. Por exemplo, você não vê um município disponibilizar uma aeronave para ir buscar um paciente que tá na área rural. Você não vê isso, néh. Você ainda pode ver na sede do município, por causa dos programas que tem também. Mas em área rural não funciona. E em área indígena a gente tem essas estruturas de transporte aéreo, terrestre e fluvial. Isso porque as áreas indígenas estão dentro dessas (...) regiões geográficas do país. A gente está dentro de rios, de florestas, de lagos, de difícil acesso e de serra (Carmem Pankararu, indígena e presidenta do SindCopsi).

A entrevistada a seguir relata que o salário dos profissionais de saúde não era condizente com as condições de trabalho nas aldeias, cujos desafios eram devido à diferença cultural, à distância em relação aos centros urbanos e à infraestrutura de saúde nas comunidades indígenas.

Eu que trabalhava em aldeia, ficava 90 dias dentro de área, e lá a gente fazia tudo de acordo com a rotina do índio. Então você tomava banho no rio, (...) fazia as necessidades no mato, então você tinha que dormir (às) cinco, seis horas da tarde, por causa de malária, de filariose (...), você não tinha qualidade de vida nenhuma e não tinha um salário adequado. Você tinha que ter uma vida aventureira. (...) (Lá) são dois voos por semana, então tinham voos no sábado e na terça. Até pra você passar mal, você tinha que escolher a data, e barco era uma vez por semana. E era sete dias de barco pra capital, que era Manaus (enfermeira de um DSEI).

A insatisfação com a gestão da Funasa estava alta, principalmente por parte dos povos indígenas que alegavam discriminação na rede do SUS e desrespeito ao controle social exercido pelos Condisi nas tomadas de decisão da Fundação (ATL, 2008). Outro motivo de reclamação em relação à Funasa era por causa da falta de recursos nos DSEIs, a despeito de um aumento crescente do orçamento da PNASPI. De acordo com Garnelo e Pontes (2012), os recursos oriundos da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), que representavam mais da metade do orçamento da Política, eram repassados diretamente para os sistemas municipais de saúde. Como os municípios não informavam se esse orçamento foi efetivamente aplicado nas ações de saúde indígena, desconfia-se que ele pode ter sido canalizado para outras finalidades. Isso poderia explicar, pelo menos em parte, porque gestores e usuários indígenas reclamavam dessa falta de recursos (ibidem). Por outro lado, profissionais da saúde entrevistados por esta pesquisa relatam que o processo para adquirir remédios e insumos era facilitado, porque a Funasa não seguia rigorosamente o trâmite burocrático, o que era benéfico para a prestação da assistência.

Os momentos anteriores à transição da Funasa para a Sesai expressam a mobilização indígena como apontam os relatos de quem vivenciou esse processo. Carmem Pankararu

destaca a importância da mobilização indígena no Acampamento Terra Livre (ATL) em abril de 2008 por ter dado visibilidade e ter problematizado a questão da municipalização da saúde indígena que parecia estar sendo debatida nos bastidores do governo. Segundo Garnelo (2014), a portaria nº 2.656/2007⁸⁴, causa das críticas do movimento indígena, não significava a municipalização da saúde indígena e apenas regulamentava a destinação e o uso de recursos oriundos da SAS aos municípios, repasse que já era realizado desde 1999. No entanto, sendo um risco real ou não, a mobilização indígena conseguiu (depois de quase três anos) não apenas revogar a portaria como dar um passo adiante na construção da PNASPI por meio do mesmo instrumento legislativo, o decreto 7.336/2010.

Art. 5º Ficam transferidos, da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA para o Ministério da Saúde, os bens permanentes ativos compreendendo móveis, imóveis, intangíveis e semoventes, acervo documental e equipamentos destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas, incluindo os relacionados às ações de saneamento ambiental em terras indígenas.

Art. 6º O Ministério da Saúde e a FUNASA deverão efetivar a transição da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para o Ministério da Saúde até o dia 31 de dezembro de 2011. (Redação dada pelo Decreto nº 7.461, de 2011)

§ 1º Caberá à FUNASA assegurar todo o apoio necessário para que a transição das ações de atenção à saúde indígena, incluindo as ações de saneamento ambiental, para o Ministério da Saúde, ocorra sem prejuízo das ações e dos serviços prestados aos povos indígenas.

Nos relatos dos indígenas é possível perceber a força da argumentação da liderança indígena junto ao então ministro da saúde, José Gomes Temporão. A ideia da política de saúde indígena diferenciada sobressai e a Sesai foi criada.

Em momentos como esses, de um ATL (Acampamento Terra Livre) da vida, que a gente começa. Foi diante de uma ameaça dessa de municipalização da saúde indígena, néh ... quando um ministro aí, que eu até esqueço o nome, ele tentou jogar a saúde indígena para dentro de uma secretaria de saúde básica, da mesma forma que o ministro Mandetta⁸⁵ está tentando fazer. E a gente não aceitou e propusemos: invés de jogar a saúde indígena para dentro de uma secretaria que não entende, que não faz a saúde indígena, por que não criar uma secretaria dentro do ministério, que fosse diferenciada, que fosse diferenciada dentro do ministério? E aí começa uma discussão. Foi formado um GT (Grupo de Trabalho), isso em 2008 e nós discutimos por 2 anos. No apagar das luzes, em 2010, (...) o presidente Lula publicou o decreto 7.336 (...), e ele cria a Secretaria Especial (Carmem Pankararu, indígena e presidenta do SindCopsi).

Em 2007, o ministro José Gomes Temporão vem com a ideia de criar uma Secretaria de Atenção Primária, pegar a saúde indígena da Funasa e jogar dentro dessa Secretaria. Ou seja, voltar tudo para o município. Aí a gente faz um levante indígena, dizendo que a gente não aceitava. Aí teve uma confusão com esse ministro da saúde, Temporão, porque já tinham indicadores das conferências anteriores que apontavam

⁸⁴ Portaria nº 2.656, de 17 de outubro de 2007, dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde, e regulamenta os Incentivos de Atenção Básica (IAB-PI) e Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI).

⁸⁵ Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta do governo de Jair Bolsonaro, que teve início em 2019.

a criação de um órgão ou uma secretaria específica para cuidar da saúde indígena. Desde a primeira conferência já tinha esse apontamento, fomos só reafirmando. Nesse dia, fomos lá no ministério com mais ou menos 300 indígenas e tivemos uma discussão ferrenha, ele disse que a Funasa é um antro de corrupção. E aí eu levantei e disse a ele: "se é um antro de corrupção, o senhor é o chefe da quadrilha, o senhor que é o ministro. É o senhor que tem a responsabilidade de mandar apurar as irregularidades de mau uso dos recursos públicos dentro da Funasa. Afinal, quem é o Senhor? O senhor que é a autoridade da Saúde Pública. Se o senhor quer realmente o bem da saúde indígena, porque não cria órgão, uma secretaria específica? Ao invés de nos jogar na Secretaria de Atenção Primária, cria uma secretaria de saúde indígena". E ele comprou a ideia. Então se criou o GT para se discutir o modelo de atenção e a criação da secretaria. (...) Houve seminários, teve várias consultas públicas. Nesse GT participaram indígenas, representantes do Ministério da Saúde, representantes do Conass, Conasems, do Conselho Nacional de Saúde, e eu fazia parte mais a Carmem Pankararu, o Uwira Xacriabá e outros indígenas. A gente se subdividiu, porque dentro da Saúde indígena tinham subgrupos que era para discutir as diretorias, a forma de contratação dos trabalhadores, o modelo que se precisava para a atenção. Havia vários subgrupos discutindo várias pautas ao mesmo tempo. (...) A gente apresenta o produto pela criação de uma secretaria voltada diretamente para a execução das ações de atenção à saúde da população indígena. A área técnica do ministério (Ministério da Saúde) discordou porque disseram na época que o ministério não executava. O papel do ministério era: ele era gestor de políticas públicas, não de execução de ações de saúde. E aí pegamos o decreto 3.156 e a Lei Arouca e pegamos a Lei 8080 e mostramos tá aqui ó. É uma contradição porque tá escrito aqui. A gente só tá cumprindo o que determina o decreto e o que determina a lei. O que a gente quer (é) que o ministério cumpra a questão. Então a gente, à época, consegue junto ao ministro a garantia da criação da Sesai. E em outubro de 2010 se cria a Sesai com esse perfil: Secretaria Especial de Saúde Indígena, a única secretaria do ministério que tem o dever da execução lá na ponta através dos distritos especiais sanitários indígenas (Issô Truká, indígena e presidente do Condisi Pernambuco).

Os entrevistados desta pesquisa foram unânimes na avaliação positiva sobre a alteração de gestão de Funasa para Sesai. Carmem Pankararu destaca o aumento do número de profissionais, de unidades básicas de saúde, de polos-bases, da melhoria em saneamento básico e da capacitação da mão de obra. Uma enfermeira que trabalha em um DSEI comparou como era antes, com a Funasa, e o depois, a partir da Sesai, ressaltando que a população indígena, com a gestão da primeira, estava sujeita às decisões do município e, muitas vezes, não recebia o mesmo atendimento dos demais municípios, o que refletia em suas condições de saúde, que não avançavam como têm ocorrido com a gestão da Sesai. Ela diz que, atualmente, com as metas específicas de cada DSEI, que são formuladas em conjunto com a comunidade por meio do PDSI, e discutidas no nível central (Sesai), eles têm rotinas de trabalho condizentes a realidade de cada DSEI e, assim, é mais organizado. O relato a seguir do indígena e presidente do Condisi Altamira-Pará, Uwira Xacriabá, enfatiza a importância dessa mudança:

Mudança drástica. Por quê? E aí eu participei ativamente desse processo que na época eu estava na coordenação do Fórum (Fórum de Presidentes de Condisi). (...) A Funasa cuidava do saneamento em todos os municípios de pequeno porte do país. Então o orçamento que o Desai, que era só um departamento, tinha era equivalente, praticamente, ao orçamento de toda a Funasa. Então isso gerava muitos problemas. E

esses recursos eram, naquele momento, os convênios para prestação dos serviços, (que) eram feitos muitas vezes com prefeituras, várias /enfático/ ONGs diferentes. Então, nosso pessoal recebia um salário abaixo da tabela, os pagamentos acabavam acontecendo de 2 em 2 meses, 3 em 3 meses, 4 a 4 meses, por quê? Porque essas organizações e prefeituras /enfático/, elas não conseguiam fazer prestação de contas, ficavam inabilitadas para receberem os recursos (...). Tudo era centralizado. Ele (o Desai) precisava mandar para a presidência da Funasa, a presidência da Funasa devolvia para ele com despacho, ele mandava pra lá, de lá ia para as Coordenações Regionais da Funasa, as Cores, que funcionava nas capitais. Das Cores é que se ia para o DSEI. Então exemplos disso, no tempo das Core, foram duas ambulâncias pro meu DSEI, elas nunca chegaram lá. Da Core, elas foram para algum outro (lugar), então isso era um problema grave. Quando nós viemos para a Sesai⁸⁶, (...) aí nós passamos a ter uma Secretaria que é fantástica /enfático/, é a única Secretaria Executiva de ações dentro do Ministério néh (Uwira Xacriabá, indígena e presidente do Condisi Altamira-Pará).

Como a mudança do *locus* institucional ocorreu concomitante à mudança de regra que tornou os DSEIs autônomos administrativa e financeiramente, as consequências da autonomia dos DSEIs impactam na avaliação da gestão da Sesai. Mas além da vantagem do DSEI estar ligado à Sesai, sem um departamento intermediário como ocorria na época da gestão da Funasa, o entrevistado Uwira Xacriabá ressalta que a Funasa não era gestora exclusivamente da saúde indígena, era de sua competência o fornecimento de saneamento básico para municípios de pequeno porte (com até 50 mil habitantes) também. E isso provocava conflitos entre os interesses das prefeituras desses municípios e as necessidades dos DSEIs, como problemas na distribuição dos recursos, desvio de insumos destinados aos DSEIs e atraso nos pagamentos de funcionários prestadores da assistência à saúde indígena. Uwira Xacriabá, assim como outros entrevistados ressaltam o incremento no orçamento da Política e nas equipes multidisciplinares quando a gestão passou para a Sesai. Além disso, ressaltam que o controle social se fortaleceu.

Passou a ter equipes mais qualificadas, o controle social ganhou uma importância muito maior, principalmente na gestão do Marco Antônio Toccolini (gestão de 21 de fevereiro de 2017 até abril de 2019) néh, que buscou trabalhar bastante /enfático/ em parceria com a gente. Então, assim, houve uma mudança muito grande. As equipes multidisciplinares foram implementadas. A gente não tinha nutricionistas, a gente não tinha psicólogo, às vezes um odontólogo só por distrito, hoje, por exemplo, tem 5 odontólogos, em Altamira (Uwira Xacriabá, indígena e presidente do Condisi Altamira-Pará).

Essa mudança institucional é avaliada por unanimidade dos entrevistados desta pesquisa como uma conquista dos povos indígenas. Além disso, os entrevistados consideram que ela aproximou a PNASPI da sua diretriz de respeitar as especificidades indígenas.

Na minha opinião, o avanço é muito grande, por quê? Primeiro, porque os distritos passaram a ser unidade gestora, (...) claro que tem uma cobrança maior dos órgãos de fiscalização, que é correto, mas você tem tomadas de decisões mais precisas, e isso

⁸⁶ Essa entrevista foi realizada dentro da sede da Sesai, em Brasília.

veio com a criação da SESAI. Segundo, porque foi uma conquista do povo indígena. (...) É uma conquista das comunidades, das lideranças, (fruto do) desejo deles de ter uma política específica (...) que atendesse de uma forma especial os indígenas, por isso que a SESAI foi criada, para ser uma Secretaria Especial, neh, que atenda um povo especial, com especificidade própria, com característica própria, com dificuldades específicas do povo indígena, e não de uma forma padrão de todo Sistema Único de Saúde, (...) e a gente participou do processo porque nós entramos no período e o profissional que trabalha na saúde indígena não tem como ele ser indiferente da causa indígena (odontólogo de um DSEI).

Da perspectiva da Funasa, essa mudança institucional é avaliada como positiva por um lado, visto que a instituição ficou desonerada de mais uma atribuição para além de sua atribuição central que era o saneamento em pequenos municípios (opinião de um ex-gestor da Funasa). Por sua vez, da perspectiva do Ministério da Saúde (MS), essa mudança gerou tensão no meio burocrático do Ministério que percebia a Sesai como provisória, cuja substituição por outra alternativa poderia ocorrer a qualquer momento (percepção de uma servidora do MS).

Entre os desafios apontados desta mudança, ressaltam-se dois (opinião servidora MS): i) a reorganização e padronização da gestão da saúde indígena e ii) a Sesai acumular atribuições da vigilância e da atenção em saúde de forma adaptada às especificidades indígenas. Nesse sentido, a Sesai passou a ter a missão de reorganizar e padronizar a gestão da saúde indígena, porque na Funasa a estrutura era difusa e não havia padrões em relação ao número de profissionais contratados e aos salários de cada categoria. Isso ocorria devido aos contratos com mais de 400 municípios e aos 32 convênios com entidades não governamentais. Em alguns DSEIs, havia mais de um convênio para realizar a assistência, ao mesmo tempo que havia contrato com municípios também, o que tornava o distrito uma estrutura figurativa e prejudicava a gestão da Funasa localmente. E também, a Secretaria deveria ser uma síntese dos componentes técnicos da Secretaria de Vigilância da Saúde (SVS) e da então Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)⁸⁷, o que significa um desafio, pois a área da vigilância apresenta uma lógica própria, a partir de protocolos e programas verticais, enquanto o setor da atenção primária possui uma estrutura horizontal, voltado para as realidades locais e que se adapta a elas.

Uma boa interlocução com os municípios é uma necessidade, como destaca a entrevistada servidora do MS, uma vez que, além dos municípios serem a retaguarda das ações de saúde das áreas indígenas, depende-se dos municípios (apenas se referindo à atenção básica), por exemplo, para a utilização de seus laboratórios para realizar diagnósticos (como exame para

⁸⁷ A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), englobando as três atenções – primária, média e alta – apresenta essa denominação de 2003 a 2019. A partir de 2019, a atenção primária passou a ter uma secretaria própria, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) (BRASIL, 2019).

verificar tuberculose e exame preventivo do câncer de colo uterino) e para se ter acesso a informações que há apenas nos sistemas municipais.

Portanto, observa-se que a decisão de alterar o lugar da gestão da PNASPI foi uma mudança que favoreceu a implementação da Política. Nesta mudança, nota-se que a pressão e a mobilização vieram do público-alvo da política e pode ser considerada uma alteração com repercussão significativa, pois interferiu no orçamento dos municípios que deixaram de receber o incentivo financeiro para a atenção básica dos povos indígenas, modificou a estrutura organizacional do Ministério da Saúde e funcionários da Funasa e do Ministério da Saúde foram deslocados para o novo órgão.

Essas mudanças no processo de implementação da PNASPI permitem corroborar a visão de uma política pública como resultado de uma engenharia social, no sentido de que formuladores, implementadores e população-alvo são potencialmente capazes de alterar a Política, ao invés de afirmar um “insulamento tecnocrático” na implementação da PNASPI. Particularmente, a pressão exercida pelas partes interessadas foi capaz de realizar mudanças naquilo que foi planejado inicialmente.

Da mesma forma, a ideia da existência de “nós críticos”, entendidos como pontos no tempo em que várias questões se conjugam, podendo originar crises que vão produzir decisões críticas de mudança de rota, parece ser útil para entender essas mudanças na PNASPI (SILVA; MELO, 2010). Do cotejamento entre os modelos analíticos utilizados e as evidências empíricas do estudo de caso, destacamos a conjugação das seguintes questões:

1. Sustentação política: a sustentação da política não se concretizou, por um lado pela fragilização da Funasa, objeto de muitas denúncias⁸⁸ e até Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) contra ela⁸⁹ e, por outro, pela ausência de apoio à gestão da Funasa pelos *stakeholders* e ausência de consenso sobre o modelo organizacional;
2. Coordenação interinstitucional: essa era considerada inefetiva na medida em que a Funasa falhava na fiscalização dos muitos convênios e na articulação com os diversos municípios e demais órgãos envolvidos na política de saúde indígena;

⁸⁸ A Funasa entre 2005 e 2010 foi alvo de 15 operações da Polícia Federal. Em apenas cinco grandes operações da Polícia Federal em torno da fundação, Hygeia, Metástase, João de Barro, Covil e Anopheles, foram apurados desvios de quase R\$ 800 milhões (AGÊNCIA SENADO, 2010). Para mais informações sobre as denúncias ver dissertação de Luiz Otávio dos Santos Pereira (2014, p. 94-109)

⁸⁹ CPI realizada em 2008 na Câmara dos Deputados sobre morte de crianças indígenas por subnutrição entre 2005 e 2007 no Mato Grosso do Sul (AGÊNCIA CÂMARA, 2008).

3. Capacidade de mobilizar recursos institucionais: sendo a saúde indígena apenas uma das atribuições da Funasa, ela não foi capaz de mobilizar recursos para provisão adequada dos serviços de saúde, como recursos financeiros, gerenciais e técnicos, como, por exemplos, a incapacidade de produzir informações pelo SIASI e a dificuldade de fiscalizar os convênios.

3.5 Problemas da Implementação do modelo vigente

O processo de implementação da PNASPI nas suas idas e vindas ainda apresenta muitas dificuldades e problemas, na percepção dos entrevistados desta pesquisa⁹⁰. Entre esses, destacam-se os problemas relativos a recursos humanos e financeiros, e à produção de informações.

Uma das principais queixas dos povos indígenas é que o cargo de coordenador de DSEI, por ser um cargo comissionado, ou seja, sem obrigatoriedade de ser ocupado por um (a) servidor (a) de carreira do Ministério da Saúde, são preenchidos, muitas vezes, por pessoas que desconhecem a PNASPI e o território do DSEI, ou por pessoas leigas da área da saúde ou, até mesmo, que não entendem sobre gestão. Nesse sentido, a escolha do (a) coordenador (a) é politicamente interessada, baseado na barganha de cargos pelos partidos políticos alinhados com o governo executivo:

O que nós temos que é negativo? São as indicações políticas. Essas indicações políticas junto à coordenação dos DSEIs têm trazido para gente grandes prejuízos, porque cada um daqueles que chegam têm uma visão. A visão qual é? Atender os pedidos e a vontade do seu padrinho político, aquele que o indicou. Nós, povos indígenas, somos os que menos são vistos neste processo. E aí tem trazido para gente grandes impactos, grandes danos de forma irreparável. Então a gente vai precisar rever este modelo de indicação. A gente conseguiu construir um perfil do tipo de coordenador que a gente precisa para o distrito, que ele seja oriundo da saúde pública, que ele tenha formação na área, que não seja de indicação política. Mas a Casa Civil brasileira não concordou. Disse que isso é prerrogativa do mandatário, tanto as indicações para a Sesai quanto dos distritos, dos coordenadores dos distritos. Isso sai tudo da Casa Civil. E já tivemos de toda ordem, até sapateiro como coordenador, que não sabia absolutamente nada de saúde indígena. Então para você tratar de saúde pública, você tem que ser da área. Então para gente é uma coisa que não funciona são essas indicações (Issô Truká, indígena e presidente do Condisi de Pernambuco).

Eu diria que esse é um dos grandes gargalos da saúde indígena no Brasil. Eu acho que de tudo no Brasil (...) o único critério para ser coordenador de DSEI é ter um padrinho político. Nesse jogo, a gente já teve de frentista, sapateiro, chapeiro, de tudo como coordenador de DSEI (...) os problemas de gestão e (o) que dizem que é muito dinheiro para pouco resultado é porque a gestão é ruim, mas a responsabilidade é do Congresso Nacional que indica, sem nenhum critério. E os próprios Ministros da Saúde ficam lá

⁹⁰ Reafirmamos que não foi objetivo desta dissertação avaliar os resultados da implementação da PNASPI.

amarrados, arrotando arrogância, como se mandassem alguma coisa, mas quem indica os coordenadores são os políticos do Congresso Nacional. Nem o próprio Secretário (da Sesai) (...), ele não pode nem nomear, nem exonerar ninguém (...). Existem exceções, existem bons gestores nos Distritos, mas existe uma grande parte que é refém desse jogo político. E o pior, é que o apadrinhamento termina (...) quando o cara assume o cargo. “Assumi o cargo? Se vira pra lá”. Raros casos que tem a emenda de algum político para algum DSEI. (...) E isso leva a quê? (...) Aí leva a um jogo de que “vou negociar, porque tenho que pôr os meus aí dentro pra trabalhar que é do meu padrinho político”. Então essa é a desgraça. A gestão não melhora porque é desqualificada. Não 100%, mas grande parte dela. E é desqualificada por quem? Pelo Congresso Nacional. Que é um irresponsável, que empurra qualquer um para a saúde indígena por causa de um DAS⁹¹ (Uwira Xacriabá, indígena e presidente do Condisi de Altamira-Pará).

Além do problema da indicação de coordenadores não capacitados e que, muitas vezes, visam interesses particulares e dos padrinhos políticos que os indicaram, a rotatividade desses gestores prejudica a prestação da assistência à saúde nos DSEIs. O conhecimento necessário ao gestor sobre as especificidades dos vários povos que compõem um distrito não é adquirido facilmente, porque, além da diversidade de aspectos culturais, há distâncias consideráveis entre uma aldeia e outra.

Nós temos dificuldades com a gestão dos distritos pelas constantes mudanças. Porque tem existido imposição política. Em vez de considerar o perfil técnico (...), tem prevalecido as indicações políticas partidárias. E, às vezes (...) desencontram informações e, às vezes, desassiste também, porque tem rotatividade néh. (...) Conhecer uma área de um perímetro urbano, todo mundo junto ali, é fácil. Agora vai conhecer uma área na Amazônia, no Pará, onde tem área indígena, como a dos Yanomami, que a gente voa quatro horas (...) dentro da selva amazônica. Como tem área, dentro do Vale do Javari, que a gente leva 14 dias dentro do barco para chegar, para a equipe atender. Então essa especificidade que não mostra, pelas dificuldades que a área indígena tem (Carmem Pankararu, indígena e presidenta do SindCopsi).

Outra rotatividade problemática é em relação aos profissionais de saúde dada a dificuldade em fixá-los nas terras indígenas e ainda em ter médicos comprometidos com a saúde indígena. Quanto aos profissionais médicos, o Programa Mais Médicos conseguiu suprir essa deficiência da PNASPI de 2013 até 2018. A partir de novembro de 2018, com a saída dos médicos cubanos do programa, os DSEIs ficaram desassistidos de médicos até meados de 2019, quando um novo programa, o “Médicos pelo Brasil”, foi lançado pelo governo federal. A substituição completa dos médicos cubanos ainda não ocorreu em todos os DSEIs e há insatisfação em relação a alguns substitutos.

Tivemos algumas dificuldades grandes antes do Programa Mais Médicos, pela ausência de médico para ficar dentro de área indígena e estamos experimentando de novo (...). Porque dentro das áreas indígenas a gente não consegue convencer o profissional médico a ficar dentro da área indígena, fazendo essas escalas de 40 dias, de 60 dias dentro de área indígena néh. Sem contato, sem comunicação, sem

⁹¹ São os cargos de Direção e Assessoramento Superior (DAS) que podem ser ocupados por qualquer servidor ou pessoa externa ao serviço público.

transporte. O transporte leva, depois vai buscar no fim da escala. Então não é todo mundo que aceita essa condição. Viver na área indígena é para quem gosta do que faz e para quem tem um perfil que se adequa a essa necessidade tão emblemática, tão especial, tão diferenciada (Carmem Pankararu, indígena e presidenta do SindCopsi).

Nós recebemos os Mais Médicos aqui cubanos, nós tivemos uma resposta positiva em tempo real. A dedicação, o acolhimento da comunidade com eles e eles com a comunidade. Nós tivemos uma resposta muito bacana, aqui em Minas Gerais que tô falando e no Espírito Santo. Uma resposta bem positiva (...) e a saída deles foi um baque que estamos sentindo até hoje, sabe? Por causa do atendimento, do compromisso com a comunidade que eles criaram (...) a mudança que teve por questões políticas nos prejudicou muito, mas tá fora da nossa governabilidade. Hoje nós temos o Programa Mais Médicos com médicos brasileiros e é uma dor de cabeça que tira o sono (...), porque não têm compromisso, não criam vínculo (...). Não são todos não, eu tenho médico no Programa que abraçou a causa e praticamente não sai da aldeia, mas eu tenho médico que trabalha 2 dias e fica 2 de atestado médico, porque não adaptou e o Governo Federal me proibiu de substituir (...). Eles trabalham 30 horas, 32 horas semanais, (...) porque como eles são formados no exterior, eles têm que fazer uma especialização, é a forma de contrato que eles têm (Izac Barbosa Axer, chefe Diasi DSEI MG/ES).

O quadro insuficiente de trabalhadores na saúde indígena deve-se, principalmente, às condições de trabalho, caracterizadas pela dificuldade de acesso às terras indígenas, pelas diferenças culturais e pelos recursos escassos. Até 2010, as condições de trabalho eram ainda piores, porque os salários não eram atrativos. A partir do decreto presidencial nº 7.395/2010, no governo Lula, os salários dos profissionais da saúde indígena foram incrementados. A revisão na tabela salarial foi proposta pela equipe da então recém-criada Sesai e autorizada pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e pela Casa Civil da Presidência da República (ISA, 2010).

Quanto aos recursos financeiros, o orçamento da saúde indígena cresceu de ano a ano. No entanto, essa tendência positiva coexistiu com problemas na alocação dos recursos disponíveis durante a gestão da Funasa. Assim, particularmente, no plano local, eram comuns as referências à descontinuidade no repasse de recursos para pagamento do pessoal contratado por meio das conveniadas, além das dificuldades na aquisição de equipamentos e insumos básicos para prover o atendimento, como medicamentos, combustível e outros materiais de consumo rotineiro (GARNELO, PONTES, 2012).

De acordo com o ex-secretário da Sesai, Marco Toccolini, em audiência pública realizada no Senado Federal, dia 11 de abril de 2019, o Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI), extinto em 2012, ainda estava presente em algumas prefeituras como saldo remanescente. Toccolini presume que, provavelmente, seus gestores estavam receosos de usar esse recurso e, assim, “obras de melhorias, como as de saneamento básico tão necessárias aos povos indígenas e uma das nossas maiores dificuldades de executar” deixaram de ser realizadas

nesses municípios. De acordo com Toccolini (SENADO, 2019), o valor per capita com gasto em saúde à população indígena é cerca de dez vezes maior do que o gasto per capita em saúde da população não-indígena. Tanto ele quanto um ex-coordenador de DSEI, entrevistado desta pesquisa, explicam que isso se deve à precariedade dos municípios onde situam às aldeias, às diferenças culturais e as dificuldades de acesso. A precariedade dos municípios faz com que os recursos da PNASPI sejam direcionados não apenas para a assistência básica, mas para a realização de obras de saneamento básico também, além da construção de unidades básicas de saúde e de Casais. As diferenças culturais tornam necessária a ida de um profissional de saúde até a casa do paciente para convencê-lo a se tratar ou a se deslocar por exemplo, e isso tem um custo. E, por fim, as dificuldades de acesso elevam o gasto de transporte dos profissionais de saúde e dos pacientes, visto que as distâncias são longas, o combustível mais caro em determinados lugares e os meios de transporte variam de carro, barco a avião.

Em relação à disponibilidade de informações sobre os indicadores de saúde indígena, há dificuldades operacionais no SIASI e precariedade de dados. Isso se deve tanto à falta de estrutura tecnológica para os profissionais da ponta alimentarem o sistema quanto à subnotificação de casos de doenças pelos indígenas, ou seja, ainda é comum usuários indígenas deixarem de reportar seus casos de saúde, procurando, exclusivamente, o autocuidado. No Planejamento Estratégico da Sesai para 2017 a 2019 (SESAI, 2017), aponta-se como ponto crítico a “baixa alimentação e subnotificação dos registros no sistema SIASI, não refletindo a realidade da execução das ações nos territórios”. Outro problema é que os dados do SIASI não são públicos. Segundo o ex-secretário da Sesai, Marco Toccolini, em audiência pública realizada no Senado Federal, dia 11 de abril de 2019, os dados do SIASI não são públicos, porque ainda não se consegue fragmentá-los de forma que as informações pessoais dos indígenas fiquem em sigilo (SENADO, 2019).

3.6 Propostas de Mais Mudanças

3.6.1 Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI)

Esse problema recorrente da falta de profissionais de saúde nas equipes, em função das dificuldades que o trabalho em aldeia representa, é objeto de um Projeto de Lei⁹², por meio do

⁹² Projeto de Lei é o de nº 3501/2015, o qual foi apresentado pelo poder executivo em 03 de julho de 2015 e sua situação atual (07 de janeiro de 2020) é descrita pela Câmara de Deputados como “aguardando designação de Relator na Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público (CTASP)” (CÂMARA, 2020).

qual se pretende criar um órgão de serviço social autônomo de direito privado, sem fins lucrativos, denominado Instituto de Saúde Indígena (INSI).

A criação do INSI, segundo seu Projeto de Lei (CÂMARA, 2015), tem como objetivo a execução direta de ações e serviços na área de atenção básica à saúde indígena no âmbito do SasiSUS. A escolha pela forma de serviço social autônomo é justificada pela necessidade de adoção de um modelo de gestão que possibilite novas alternativas de contratação de pessoal, por meio de processo seletivo com critérios diferenciados de acesso, valorização e aproveitamento de capital humano local para a composição das EMSI, visto que o principal desafio enfrentado é o da “manutenção de um quadro permanente de profissionais que permita um efetivo atendimento às necessidades das comunidades indígenas” (CÂMARA, 2015, p. 7).

Como relatado por entrevistados, o modelo de contratação por concurso público pelo meio tradicional regido pela Lei nº 8.112/1990 não é adequado à PNASPI, porque já foi testado no DSEI Yanomami e os profissionais concursados, após o período de estágio probatório, pedem remoção para áreas mais próximas do meio urbano ou do litoral. Nesse sentido, a proposta do INSI é uma resolução da 5ª CNSPI, publicada em dezembro de 2013 para tentar solucionar, de forma definitiva, as dificuldades relacionadas à alocação e à fixação de profissionais (NABUCO, 2014; CÂMARA, 2015). De acordo esse Projeto de Lei (CÂMARA, 2015, p. 8), o Instituto seria gerido com a “participação de representantes das comunidades indígenas assistidas e dos trabalhadores da área de atenção básica à saúde indígena, constituindo-se solução inovadora e definitiva para a execução de ações e serviços” da PNASPI.

A criação desse Instituto divide opiniões, visto que, sob a configuração proposta, o instituto não seria obrigado a cumprir as exigências dos processos públicos de licitação e contratação de profissionais via processos seletivos ou concursos públicos. Isso é analisado pelos favoráveis à proposta como uma modernização da gestão, pois permitiria maior agilidade na aquisição de recursos materiais e humanos, no entanto, é visto pelos opositores como um “atestado da ineficiência da Sesai”, uma vez que seria criado um novo órgão, mas privado, para realizar as atribuições conferidas à Sesai (PELLEGRINI, 2014, p.1).

No lançamento do projeto do INSI, o então ministro da Saúde, Artur Chiroro, afirmou que o Instituto não iria substituir a Sesai, mas aprimorá-la (NABUCO, 2014). Segundo ele, a Sesai continuaria e se fortaleceria na responsabilidade pelo planejamento, elaboração e monitoramento da execução da PNASPI, enquanto que o Instituto atuaria “como um braço operacional, com metas e níveis de serviços definidos no Contrato de Gestão” (NABUCO,

2014, p. 1). Para embasar a criação do INSI, é elencada, no Projeto de Lei, uma série de desafios que constroem o avanço da gestão da Política.

Na opinião de uma das entrevistadas desta pesquisa que é enfermeira em um DSEI, a proposta do INSI não é garantia de direitos trabalhistas, previdenciários e salários valorizados, mas, por outro lado, poderia significar maior estabilidade no trabalho. No ponto de vista de outro entrevistado que é ex-coordenador de um DSEI, a proposta do Instituto pode ser benéfica se contemplar servidores do quadro, que são concursados, e os terceirizados, no sentido de agilizar a contratação de ambas categorias de funcionários na saúde indígena, “teria a mesma dinâmica do serviço público, com a agilidade do serviço privado”. Para a entrevistada servidora do Ministério da Saúde, o INSI, como está descrito no Projeto de Lei, desempenharia as funções dos distritos.

O projeto, entretanto, encontra-se paralisado no Congresso Nacional. Em função das mudanças políticas ocorridas no Brasil a partir de sua proposição, e que têm significado mudanças nas prioridades e concepções governamentais sobre a população indígena, é pouco provável que o projeto comece a tramitar. Ao invés disso, propostas no sentido de desconstrução da atenção indígena diferenciada aparecem no cenário político, conforme descrito a seguir.

3.6.2 Reformulação geral da PNASPI

Em fevereiro de 2017, no segundo ano do governo do presidente Temer, que substituiu a presidente eleita Dilma Rousseff após um processo bastante questionável de impeachment, o Ministério da Saúde criou um GT na Sesai para discutir propostas de atualização da PNASPI. Depois de algumas prorrogações, foi definida para maio de 2019 a realização da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (6ª CNSPI), na qual essas propostas seriam discutidas de forma participativa nacionalmente (ANTUNES, 2019). No entanto, o atual governo que assumiu a presidência em 2018, alegou problemas administrativos, “que precisariam de mais quatro meses para avaliar o processo”⁹³ para a realização da 6ª Conferência, mas, na verdade, ela foi adiada por tempo indeterminado. Esse “adiamento” ocorre após a realização de conferências preparatórias com grande protagonismo do movimento indígena desde a escolha do tema. Foram mobilizadas 60 mil pessoas, que participaram de 304 conferências locais e de 34 conferências distritais (ANTUNES, 2019).

⁹³ Trecho de entrevista de Issô Truká.

A possibilidade de revisão da PNASPI, atrai interesse por várias razões. Segundo Uwira Xacriabá, indígena e presidente do Condisi de Altamira – Pará, que foi escolhido para ser o Secretário Executivo desta Conferência, a PNASPI “caducou”, porque desde 2002 foram publicadas várias normas que a impactaram. Também de acordo com Uwira, há necessidade de serem criados mais DSEIs, porque “hoje a gente tem os processos de etnogênese⁹⁴, nós temos muito mais indígenas sendo atendidos no subsistema do que nós tínhamos antes”⁹⁵.

Esse mesmo fenômeno, etnogênese, é destacado por outro entrevistado, Eni Carajá (indígena de contexto urbano), que o chama de “ressurgência”, explicando que, antes, alguns povos “escondiam o nome de indígena, escondia o ser indígena, porque estava todo mundo reprimido pelas mortes dos seus antepassados” e que, atualmente, há um movimento reverso, um crescimento da autodeclaração.

Issô Truká, indígena e presidente do Condisi Pernambuco, aponta duas questões que justificam a necessidade de aprimoramento da PNASPI na 6ª CNSPI: i) “um novo perfil epidemiológico nacional, por conta dos agravos que antes (os indígenas)⁹⁶ não tinham” e ii) “a PNASPI precisa de critérios novos para que se faça a distribuição justa do recurso” financeiro aos DSEIs, que é distribuído de forma variável de acordo com as especificidades de cada um.

Outros dois aspectos relevantes, no ponto de vista dos entrevistados, a serem discutidos na 6ª CNSPI são: a questão da política diferenciada e a situação dos indígenas em contexto urbano. No que se refere à política diferenciada, a PNASPI ainda não conseguiu priorizar as práticas tradicionais indígenas de acordo com os entrevistados desta pesquisa e segundo resultados de pesquisas que realizaram investigação empírica em alguns DSEIs. Os profissionais de saúde não recebem capacitação antropológica, e a formação dos AIS e AISANs é de acordo com a medicina convencional apenas, pois é subentendido que, por serem indígenas, já apresentam conhecimento sobre as práticas tradicionais de suas culturas. Quanto à situação dos indígenas urbanos, ela é uma questão polêmica que divide a opinião entre os indígenas. Alguns entendem que os indígenas urbanos não devem ser contemplados na PNASPI, ou porque eles já estão integrados à sociedade e não necessitariam de uma política diferenciada ou, na opinião de outros, como do Erivelto Apurinã, indígena e presidente do Condisi do Médio Rio Purus – Amazonas, deve ser criado “um programa específico para os indígenas de contexto urbano, pra que ele seja atendido diferenciado”. Segundo Erivelto, “eles não deixam de ser

⁹⁴ Processo de emergência de novas identidades étnicas ou de ressurgimento de etnias já reconhecidas.

⁹⁵ Ele exemplifica em entrevista concedida à Revista Poli (2019) que, no Piauí, não havia registro de população indígena em 2002 e hoje há um grupo considerável que já justifica a implantação de um novo distrito ali.

⁹⁶ Parênteses nossos.

indígenas só porque foram pra cidade, lá eles permanecem com a cultura e a especificidade deles”.

Apesar do esforço e da pressão dos povos indígenas para que a PNASPI avance, o cenário político não se mostra favorável a políticas que atendem aos povos indígenas em suas especificidades em vista do discurso de “integração” repetido reiteradamente pelo atual governo federal (2018-). O cenário posto também se manifesta contrário à participação popular nas tomadas de decisão⁹⁷ e às organizações da sociedade civil, o que dificulta a atuação dos povos originários nos mesmos moldes que até então estavam vigentes.

Desde o início do governo Bolsonaro, o ministro da saúde Luiz Henrique Mandetta tem proferido discursos em que se posiciona contrário a uma secretaria específica aos povos indígenas⁹⁸, além de alegar corrupção e irregularidades nos contratos com as conveniadas (FERNANDES; FERNANDES, 2019). Em março de 2019, o ministro decidiu modificar a estrutura do Ministério da Saúde, extinguindo a Sesai e tornando a saúde indígena uma pasta da Secretária de Atenção Primária (CANCIAN, 2019). O ministro teve que revogar sua decisão após uma mobilização generalizada da população indígena em todo o país por meio de protestos (SOARES; SANTOS, 2019). A Sesai permanece, mas outras decisões têm sido realizadas na atenção básica como a instituição de um novo modelo de financiamento de custeio que extingue o Piso de Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019b).

⁹⁷ Em abril de 2019, o presidente Jair Bolsonaro decretou a extinção de colegiados de participação da sociedade civil. Entre as medidas, o decreto dispensa todos os membros atuais do conselho e determina novas regras para escolha dos integrantes da sociedade civil. Antes definida por eleição em assembleia, a escolha passa a ser por meio de processo seletivo a ser organizado pelo governo de acordo com o decreto 9.759 que está sendo julgado pelo STF (BRASIL, 2019c; FERNANDES; FERNANDES, 2019).

⁹⁸ "Hoje a Sesai só faz atenção básica. Se tem uma secretaria nacional de atenção básica, pode ser que essa secretaria consiga fazer a saúde indígena", Henrique Mandetta, 19/02/2019 (CANCIAN, 2019).

CONCLUSÃO

A principal razão da redução drástica e notória dos povos originários, no Brasil, é atribuída às epidemias de doenças infecciosas. As condições de saúde dessa parte da sociedade brasileira remetem às condições gerais de saúde do Brasil do século XIX, ao mesmo tempo que doenças e agravos da atualidade também a atinge. Nesse sentido, compreender como e por que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas tem sido construída é entender sua importância na manutenção da multiculturalidade brasileira e as potencialidades de uma política inovadora.

Como se conta na reconstrução histórica do segundo capítulo, a política de saúde voltada aos povos indígenas se iniciou com as ações de assistência do SPI, a partir de 1910, e, de forma mais regular, a partir de 1956. No entanto, a Política Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, não abordava a questão da saúde indígena até a década de 1990, ocorrendo sua inserção na agenda governamental, como subsistema do SUS e, depois, como política nacional, apenas em 1999 e 2002, respectivamente. Esse processo longo foi analisado sob a perspectiva da convergência dos fluxos (o dos problemas, das alternativas e o político), da abertura da janela de oportunidade, da atuação de empreendedores da política, do fortalecimento de uma ideia e de uma imagem de política pública, além do conceito de pontuações na trajetória, considerando o contexto político-histórico, os climas nacionais e os atores e instituições envolvidos.

Buscou-se com essa descrição analítica responder o que justificaria a ideia de uma atenção à saúde diferenciada, visto que o SUS existe desde 1990 como a materialização da política brasileira de saúde de caráter universal e pública. Pode-se inferir, a partir dos relatos e dos documentos, que a ideia de uma política de saúde condizente com as especificidades dos povos indígenas foi recepcionada pelos reformistas sanitários como desdobramento das discussões sobre a universalidade e equidade do SUS. O fato de as 1ª e 2ª CNSPI (1986 e 1993), que reforçaram a luta indígena pela política de saúde diferenciada, terem sido convocadas pelas 8ª e 9ª CNS (1986 e 1992), de onde vieram as bases do SUS, reforça essa inferência. Nesse sentido, parece que houve uma estratégia acordada entre sanitaristas indigenistas (defensores da política de saúde diferenciada) e movimento indígena para que os esforços fossem centrados na criação de um sistema universal, o qual criaria as bases para a implantação de um subsistema de atenção diferenciada aos povos indígenas logo em seguida. O “logo em seguida” foi um pouco longo, pois o Projeto de Lei do sanitarista e deputado Sérgio Arouca com a criação do

Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS) ficou em tramitação no Congresso Nacional de 1994 a 1999.

A partir da CF/88 até meados da década de 1990 várias das condições para que a janela de oportunidade da inserção da política de saúde indígena na agenda governamental fosse aberta já se faziam presentes, mas não se mostraram suficientes para a instituição do SasiSUS. Dentre essas condições, destacam-se: i) reconhecimento cultural dos povos indígenas na Constituição; ii) alteração do clima ou humor nacional, ocorrido com o advento das ideias democráticas, consubstanciadas em uma nova constituição que permitiu ganhos em relação às políticas sociais, ampliação da democracia em todos os seus aspectos (formal e substantivo) e a garantia da saúde pública universal; iv) mobilização de atores externos à dinâmica política padrão entre Congresso e Presidência, que são os líderes indígenas e as ONGs indigenistas, com o objetivo de superar interesses estabelecidos e pressionar para que mudanças ocorressem; v) avanço da questão da saúde indígena na agenda governamental a partir do Decreto nº 23 de 1991 que instituiu o DSEI Yanomami e transferiu a competência pela assistência à saúde da população indígena da Funai para o Ministério da Saúde; vi) criação da CISI, que significou a institucionalização da participação indígena na interlocução com os gestores; vii) criação dos NISIs, que eram as articulações a nível estadual entre governo, universidades e organizações indígenas para a organização do modelo do SasiSUS por meio dos DSEIs.

Como as mudanças são marcadas por resistência, visto que elas geram alteração do *status quo* e há interesses conflitantes envolvidos, a divisão das atribuições da saúde indígena entre Funasa e Funai, em 1994, criou uma tensão que, provavelmente, pode ter colaborado para que a questão da saúde indígena demorasse para se efetivar como uma política pública, visto que foi uma decisão que significou um passo atrás na reivindicação do movimento indígena de construir uma política de saúde indígena sob um único comando federal. Além disso, representou inconsistência institucional, uma vez que essa divisão não é coerente com a racionalidade técnico-sanitária e contradiz com o princípio do SUS da integralidade das ações de saúde.

De acordo com os relatos sobre as dificuldades enfrentadas pela Funai para a assistência aos povos indígenas e a partir da descrição das bases pelas quais se criou a Funasa (Sucam e Sesp), depreende-se que ambas organizações não correspondiam ao perfil institucional desejável para gerir e executar a política nacional de saúde indígena, que já estava sendo detalhadamente planejada pelas instâncias participativas naquele momento. O perfil desejável requereria uma instituição que tivesse como única atribuição a saúde indígena, visto que essa,

por si só, já é uma tarefa complexa por envolver assistência em ambientes interculturais, de difícil acesso e com poucos recursos, além de as ações em saúde não se restringirem à atenção básica, pois o acompanhamento do paciente indígena na média e alta complexidade e as ações de saneamento são também imprescindíveis. Sem contar que o orçamento capaz de suprir todos esses desafios deve ser condizente. Não é o que ocorria com Funai e Funasa. Ambas apresentavam várias atribuições, para além da saúde indígena, ademais passavam por escassez de recursos financeiros e de pessoal.

Em 1999, seguidos dispositivos legais são editados no âmbito da presidência, renunciando que a trajetória da política de saúde aos povos indígenas sofreria uma pontuação, visto que estava em pauta na macropolítica. Mas a atuação resolutiva para que o Projeto de Lei do Arouca fosse, finalmente, votado no plenário do Senado, dando início à implantação do SasiSUS, teve origem na articulação política das lideranças indígenas que pressionaram, pessoalmente, o presidente do Senado e os senadores.

Dessa forma, observa-se a convergência dos fluxos (cujos processos se desenvolveram desde 1910) na aprovação da Lei Arouca. A Lei Arouca instituiu a atenção diferenciada dos povos indígenas no SUS, propiciando a implantação posterior da PNASPI. Como empreendedores são aqueles atores que atuam de forma persuasiva para dar relevância e prioridade a propostas específicas, esta pesquisa destaca a atuação de três: i) o professor, sanitarista e deputado, Sérgio Arouca, devido a sua atuação na 8ª CNS, no Congresso Nacional e nos bastidores em prol dos povos indígenas, além de ter proposta a Lei que culminou no SasiSUS; ii) a médica Zilda Arns, da Pastoral da Criança, vinculado ao CNBB, que coordenou a CISI de 2000 a 2006, mas sua atuação em defesa da saúde diferenciada dos povos indígenas (de acordo com os entrevistados) é anterior a essa coordenação e iii) o movimento indígena.

O conceito de *feedback* da Teoria do Equilíbrio Pontuado é apreendido para os fins desta dissertação como as decisões e os eventos que ocorreram em determinados contextos e impulsionaram (*feedback* positivos) ou bloquearam (*feedback* negativos) as decisões favoráveis à construção de uma política pública de saúde diferenciada aos povos indígenas. Por essa perspectiva, a interpretação que se faz de *feedback* positivos relaciona-se, em certa medida, com o conceito de janelas de oportunidade de Kingdon (2011), visto que o efeito de um conjunto de *feedback* positivos ou a reação mais forte a um deles criou o contexto propício, ou seja, a janela de oportunidade, a uma pontuação na trajetória da política. Os *feedback* positivos identificados nesta dissertação foram: i) a notoriedade da Atenção Primária e do paradigma dos Determinantes de Saúde em âmbito mundial, principalmente, por meio da Conferência de

Alma-Ata, em 1978, com o fortalecimento dessas concepções a partir da década de 1990; ii) o reconhecimento das especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas, bem como seus direitos territoriais e sociais na CF/88. Também, na Carta Magna, os princípios de universalidade e de igualdade no acesso à saúde foram instituídos, além da promessa de políticas públicas garantidoras de tal direito; iii) a institucionalização do SUS na década de 1990, ancorada sob princípios, os quais se destacam na saúde indígena e da universalidade, da equidade e da integralidade; iv) a institucionalização das instâncias participativas em saúde, por meio da Lei 8.148/90, e o fortalecimento das instituições participativas de saúde indígena a partir dos anos 2000; v) a promulgação da Convenção 169 da OIT pelo Congresso Nacional em 2004, que versa sobre a obrigatoriedade de consulta prévia aos povos indígenas a todas as decisões que lhes afetam. Esta Convenção, por ser resultado de um tratado internacional sobre direitos humanos, no qual o Brasil é signatário, possui *status* de lei supralegal no ordenamento jurídico brasileiro, portanto, superior às leis ordinárias, mas inferior à Constituição.

Como *feedback* negativos, ou seja, aquelas decisões e eventos que bloquearam (e ainda têm bloqueado) a construção de uma política pública de saúde que reconhece às especificidades de uma minoria étnica, são elencados dois. Um que é o discurso de “integração” dos povos originários à sociedade brasileira. Sua ação é potencialmente mais danosa, porque parece ser benéfico às comunidades indígenas pelas palavras utilizadas (integrar, progresso, valorizar economicamente as terras indígenas), mas que, na prática, fomenta as tentativas de apagamento das suas culturas, incentiva à invasão de suas terras e o assassinato de seus membros. O discurso de “integração” se iniciou com a colonização e marcou os períodos de atuação do SPI e da Funai no contexto de regime militar. Atualmente, este discurso tem retomado com os pronunciamentos do governo federal.

Como segundo *feedback* negativo, está a municipalização do SUS a partir das Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996, estabelecendo que a execução da política pública se concentraria nos municípios. Tal configuração institucional é compreendida para o atendimento da população em geral, principalmente, pela extensão territorial do Brasil, mas não é benéfica à realidade dos povos indígenas, devido a vários fatores. Dentre esses fatores, são relevantes o não reconhecimento dos povos indígenas como cidadãos ou munícipes pelos órgãos locais e regionais de prestação à saúde, o que torna recorrente a recusa do seu atendimento por ignorância da legislação ou por racismo, além dos conflitos territoriais em terras indígenas em que estão envolvidos atores econômicos influentes na política local (como latifundiários, proprietários de garimpos e de madeiras).

Os *feedback* positivos foram mais fortes que os negativos, levando a convergência do fluxo e a implantação, de fato, do SasiSUS. A PNASPI, instituída em 2002, formalizou a política de saúde diferenciada voltada aos povos indígenas, formatando o seu arranjo institucional. Assim, no terceiro capítulo, com o objetivo de responder quais são as mudanças significativas do arranjo institucional da PNASPI; quais fatores as explicam e que implicações elas trazem para a implementação da Política, a descrição e a análise foram realizadas por meio das referências teóricas dos arranjos institucionais e instrumentos de políticas públicas, pela ideia de rede de implementação e pela noção de execução interativa da política.

Partiu-se do pressuposto geral de que os processos de formulação e implementação são interdependentes e dinâmicos, sendo que, no processo de implementação, esta Política está sendo redesenhada. Conclui-se que há redesenho, mas há também dependência da trajetória. A Funasa no comando da PNASPI foi uma preferência dos gestores, mas não dos indígenas que desde as primeiras conferências já se posicionavam pela execução direta da saúde indígena pelo governo federal. No entanto, como a Funasa já havia se tornado a organizadora da gestão da saúde indígena desde 1991, observa-se uma dependência da trajetória que a tornou gestora da PNASPI a partir de 2002 até 2010.

Visto que a PNASPI se estrutura em uma rede de implementação, portanto, não está insulada tecnocraticamente, há sustentação política das comunidades a que ela se destina. Assim, o controle social que é o dispositivo social, principal instrumento desta política, que organiza as relações entre gestores, trabalhadores e usuários, além de ser o espaço dialógico onde se tomam importantes decisões (orçamento, metas, gastos, contratações, demissões) é fortalecido na PNASPI, conferindo sustentabilidade e legitimidade às ações da Política. Nesse sentido, pode-se atribuir ao controle social, principalmente à atuação dos indígenas como presidentes de Condisi, conselheiros, usuários (além de manifestantes em suas expressões participativas não institucionais), a continuidade da Política, apesar das inúmeras dificuldades que ela carrega como uma política pública inovadora e diferenciada.

Como demonstrado pela descrição do arranjo institucional complexo e inclusivo expresso pela PNASPI, a sua implementação se dá por uma rede de agentes. Ministérios (da Saúde, da Educação, da Justiça), Secretarias (Secretarias do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), órgãos essenciais à justiça e de fiscalização e controle (Ministério Público Federal, Advocacia-Geral da União, Controladoria-Geral da União), Funai, organismos internacionais (OPAS, Unicef, Banco Mundial), estados e municípios, entidades não governamentais, profissionais de saúde, conselheiros e usuários indígenas.

Simplificadamente, poder-se-ia dividir essa rede em três categorias: formuladores, implementadores e população-alvo. No entanto, a população-alvo também exerce os papéis de formuladores e implementadores, e os formuladores acumulam a função de implementadores também. Há uma indistinção relativa entre as três categorias (formuladores, implementadores e população-alvo) no sentido de serem potencialmente capazes de alterar a política.

Na análise da divisão de atribuições entre agentes públicos e atores não governamentais, estes exercem um papel muito relevante para a Política. As ONGs de defesa dos direitos dos povos indígenas atuaram desde o processo de inserção do tema da saúde indígena na agenda governamental, no fluxo político, e, depois, com a formalização da Política, na atividade fim desta: a prestação da atenção primária à saúde dos povos indígenas.

Além disso, recusa-se o argumento de que a implementação é uma etapa subsequente à formulação. Nesse sentido, decisões relevantes, para além do que foi proposto na formulação da PNASPI, ocorreram e ainda têm ocorrido, constituindo reformulações da Política. Dentre as decisões, destacam-se três que representaram mudanças significativas na trajetória da implementação da Política: i) a mudança de regra e de interesse da Funasa em relação às conveniadas; ii) a mudança de regra que tornaram os DSEIs autônomos e, por último, iii) a mudança de gestão da Funasa para a Sesai.

A primeira mudança retirou a autonomia das ONGs conveniadas da Funasa quanto à compra de insumos e equipamentos necessários ao desenvolvimento das ações da PNASPI, limitando-as à posição de contratantes de mão de obra para o trabalho nos DSEIs. Essa decisão resultou em um clima conflitivo entre movimento indígena, ONGs e Funasa; aumentou a responsabilidade dos municípios na prestação da atenção à saúde indígena, devido à falência de algumas ONGs; revelou a precariedade do monitoramento, por parte da Funasa, sobre os convênios; passou-se a desconfiar do atrelamento da Fundação a interesses partidários e, finalmente, implicou na sua perda de legitimidade. Dessa forma, analisa-se que essa mudança culminou em uma crise (marcada por denúncias do MPF, protestos indígenas e críticas do Congresso Nacional) que levou à criação da Sesai, retirando da Funasa a gestão da saúde indígena (terceira mudança). A mobilização das populações indígenas é percebida como reação à decisão.

A segunda mudança refere-se ao ganho de autonomia administrativa e financeira dos DSEIs que passaram a ser unidades gestoras como reivindicado pelo movimento indígena nas 1ª e 2ª CNSPI (1986 e 1993) e no Acampamento Terra Livre de 2005. Essa autonomia foi considerada importante, porque diminuiu o tempo para aquisição de recursos e possibilitou

ações de acordo com as especificidades do DSEI, mas não representou uma autonomia administrativa plena do DSEI. Há limite do valor de execução orçamentária do DSEI e isso significa que os gestores do DSEI precisam de autorização do órgão gestor central nas aquisições ou obras acima deste limite. Nesta mudança também houve reação indígena, mas no sentido de preservar a decisão quando, em 2016, o então ministro tentou retirar a autonomia tanto dos DSEIs quanto da Sesai.

A terceira mudança, por sua vez, que é a transferência da gestão da saúde indígena da Funasa para a Sesai, é considerada como a mais significativa das três alterações da PNASPI. Isso se deve ao seu impacto nas condições de saúde dos povos indígenas, à percepção dos usuários e dos profissionais de saúde sobre a melhor capacidade de gestão da Sesai em comparação à Funasa e à aproximação desta decisão às reivindicações indígenas (como a execução das ações da atenção primária ser de responsabilidade de um único órgão, vinculado ao ministério responsável pela coordenação do SUS).

Em relação às hipóteses que foram delimitadas a respeito da motivação para o redesenho constante da PNASPI, conclui-se que a primeira mudança foi em função de conflitos a sua implementação na forma em que foi se estruturando tacitamente. Já a segunda e a terceira mudanças ocorreram com vistas a dar concretude à proposta de uma política diferenciada para os indígenas. Outra conclusão importante é que se confirmou que o controle social é uma característica estrutural da Política. Assim, as respostas às propostas de mudança da PNASPI, que correspondem às alterações no arranjo institucional, ocorreram majoritariamente no âmbito público, particularmente por parte do público-alvo da política.

Nesse sentido, pode-se dizer que a Portaria nº 254/2002 é um marco por congregar as principais reivindicações indígenas para a política pública de saúde e reunir as conquistas anteriores formalizadas em leis, mas não se pode afirmar que foi a partir da PNASPI que surgiu uma política de saúde indígena. Sua construção não é rigidamente marcada por um início e ainda não se concluiu. A proposta do INSI, apesar de parada na Câmara dos Deputados, assim como as propostas advindas da 6ª CNSPI e as decisões do governo atual contrárias à diferenciação da PNASPI são iniciativas que podem indicar reformulações. O debate político atual tem colocado em risco todas as políticas indigenistas (saúde, educação, demarcação de terras, exploração econômica dos recursos naturais das terras indígenas). Assim, apesar de as questões indígenas estarem em voga na agenda governamental, por meio de declarações, decretos e portarias do governo federal, o contexto tem sido desfavorável ao modo de vida e às especificidades dos povos originários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Documentos

ACAMPAMENTO TERRA LIVRE (ATL). **Relatório Final**. Brasília, 17 de abril de 2008. Disponível em: <https://reporterbrasil.org.br/2008/04/documento-final-do-v-acampamento-terra-livre/>. Acesso em: 3 nov. 2019.

AGÊNCIA BRASIL (2010). **Foto**. 20 out. 2010. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/galeria/2010-10-20/congresso-nacional-realiza-sessao-solene-em-homenagem-fab-e-ao-dia-do-aviador#>. Acesso em 04 abr. 2020.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Coordenação de Saúde Indígena (Cosai)**. Ministério da Saúde, Funasa, Brasília, 1991. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/10006002890.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

BRASIL, 2019. **Decreto n. 9.759**, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília, 2019c.

BRASIL. 2019. Lei n. 13.844, de 18 de junho de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. **Controladoria-Geral da União**. Brasília, 2019b.

BRASIL. 2019. **Decreto Nº 9.795**, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Brasília, 2019a.

BRASIL. **Edital de Chamada Pública nº 11/2018**. Dispõe sobre seleção de entidades beneficentes de assistência social na área de saúde para a execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas. Brasília, 2018.

BRASIL. Decreto n. 5.051, de 19 de abril de 2004: Promulga a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT sobre Povos Indígenas e Tribais. **Convenção 169**. Brasília, 2004.

BRASIL. Portaria n. 254, de 31 de janeiro de 2002. Portaria do Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. DOU n. 26, Seção 1, p. 46-49, fev. 2002.

BRASIL. **Lei n. 9.836**, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília 1999c.

BRASIL. **Decreto n. 3.156, de 27 de agosto de 1999**. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Brasília, 1999b.

BRASIL. **Medida Provisória nº 1.911-8**, de 29 de julho de 1999. Altera dispositivos da Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Brasília, 1999a.

BRASIL. **Decreto nº 23**, de 4 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. Brasília, 1991.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 05 out. 2019.

BRASIL. **Lei 5.371**, de 5 de dezembro de 1967. Autoriza a instituição da "Fundação Nacional do Índio" e dá outras providências. Brasília, 1967.

CÂMARA DOS DEPUTADOS (CÂMARA). Ficha tramitação. Projeto de Lei nº 3.501/2015 Instituto Nacional de Saúde Indígena. **INSI**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2028634>>. Acesso em 07 jan. 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS (CÂMARA). **Projeto de Lei nº 3501/2015**. Autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Instituto Nacional de Saúde Indígena. Brasília, 2015.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENA (CNSPI). **4.**, 2006. Rio Quente. Relatório Final: Brasília, 2007. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENA (CNSPI). **3.**, 2001. Luziânia. Relatório Final: Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENA (CNSPI). **2.**, 1993. Luziânia. Relatório Final: Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE PROTEÇÃO À SAÚDE DO ÍNDIO (CNPSI). **1.**, 1986. Brasília. Relatório Final: Brasília: Ministério da Saúde.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). **Foto**. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/comunicacao/galeria-de-imagens/2094-historia-da-funai?limitstart=0>. Acesso em 04 abr. 2020.

HISTÓRICO das Cinco CNSI: **Trajetórias das Conferências Nacionais de Saúde Indígena**. [S. 1.], 5 jun. 2016. Disponível em: http://nosp.unb.br/observaindigena/wp-content/uploads/2016/06/HITORICO_DAS_CINCO_CNSI.pdf. Acesso em: 14 nov. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indígenas – gráficos e tabelas. **Censo Demográfico 1991/2010**. Disponível em: <https://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas-2.html>. Acesso em: 2 jan. 2020.

MEMÓRIA DA COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE INDÍGENA (MEMÓRIA DA CISI). **Cisi/CNS 2000–2006** / coordenadora Zilda Arns Neumann. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006. 164 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019. **Portaria 2.979/GM**, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, 2019b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 2.663/GM**, de 11 de outubro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para redefinir os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007. **Portaria n. 2.656/GM, DE 17 DE OUTUBRO DE 2007**. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. Brasília, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1.163/GM**, de 14 de setembro de 1999. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília, 1999.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (MPF). **Recomendação n. 5 de 2012**. Dia “D” pelo fortalecimento do controle social na saúde indígena. Saldo do IAB-PI. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/eventos/acoes-coordenadas/dia-d-do-controle-social/recomendacao-no-05-saldo-do-iab-pi>. Acesso em: 5 jan. 2020.

PORTAL DO GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA. **Foto de Jeferson Mota**. Disponível em: <http://www.rondonia.ro.gov.br/rondonia-trabalha-para-a-realizacao-dos-jogos-aberto-da-comunidade-indigena/>. Acesso em: 04 abr. 2020.

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA (SESAI). **Fotos**. Apresentação Marco Toccolini em Audiência Pública Interativa. Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) no Senado sobre Saúde Indígena. Transmissão por Tv Senado 11 abr. 2019.

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA (SESAI). **Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI)**. Atualizado em 21 de março de 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/component/content/article/685-institucional/secretarias/secretaria-especial-de-saude-indigena-sesai/41784-incentivo-para-a-atencao-especializada-aos-povos-indigenas-iaepi>. Acesso em: 07 jan. 2020.

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA (SESAI). **Relatório de Gestão do Exercício de 2017**. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento. Brasília, 2018.

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA (SESAI). **Relatório de Gestão do Exercício de 2016**. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento. Brasília, 2017.

SETOR SAÚDE. **Foto**. 07 out. 2019. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/ministerio-da-saude-e-tcu-vao-analisar-os-servicos-de-saude/>. Acesso em 04 abr. 2020.

Demais Referências

AGÊNCIA CÂMARA. CPI sobre subnutrição de indígenas ouve Funasa e Cimi. **Notícias**. Publicado em 11 mar. 2008. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/114418-cpi-sobre-subnutricao-de-indigenas-ouve-funasa-e-cimi/>. Acesso em: 03 mai. 2020.

AGÊNCIA SENADO. Funasa, alvo constante da Polícia Federal. Autor: Edson Luiz. **Correio Braziliense**. Publicado em 11 abr. 2010. Política, p. 6. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/45300/noticia.htm?sequence=1>. Acesso em: 03 mai. 2020.

ALMEIDA, R. T. Breves comentários sobre saúde e relações de contato: os guarani brasileiros. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). 1988. Número especial: A saúde do Índio, p. 27-31.

AROUCA, C.; LIMA, N. T. **Antropologia e Medicina: a saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956)**. In: TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L. (Org.). Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, p. 59-83.

BANIWA, G. **A Conquista da Cidadania Indígena e o Fantasma da tutela no Brasil Contemporâneo**. In: RAMOS, A. R (Org.). Constituições Nacionais e Povos Indígenas. 238 p. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012.

CANCIAN, N. Após protestos, ministro da Saúde desiste de extinguir secretaria de saúde indígena. **Folha de São Paulo**. Publicado em 28 mar. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/03/apos-protestos-ministro-da-saude-desiste-de-extinguir-secretaria-de-saude-indigena.shtml>. Acesso em: 06 fev. 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS (CÂMARA). **Audiência Pública**. Comissão de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável. 25 abr. 2019. Brasília.

CAPELLA, A. C. N. **Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas**. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

CASER, A. T.; SA, D. M. **O medo do sertão: a malária e a Comissão Rondon (1907-1915)**. Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.471-498, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2019.

CASTELLANI, M. R. **Subsistema de Saúde Indígena: alternativa bioética de respeito às diferenças**. Dissertação (Mestrado em Bioética). Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. (CEPAL). **Os povos indígenas na América Latina: avanços nas última década e desafios pendentes para a garantia de seus direitos**. Síntese. 124 p. Nações Unidas: Santiago, Chile. 2014.

COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 388-401, dez 1987. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jan. 2020.

EQUIDADE. In: FIOCRUZ, 2 jan. 2020. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/equidade>. Acesso em: 02 jan. 2020.

FAGUNDES, L. R.; SILVA, V. A.; SILVA; C. E. G. **Certificações públicas concedidas às organizações da sociedade civil no Brasil: entre dimensões normativas e complexidades contextuais**. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, São Paulo, v. 19, n. 64, jan. /jun. 2014.

FARIAS, E; PONTES, F. Portaria 1.907: ministro da Saúde recua de novo em meio aos protestos de indígenas. **Notícias**. Instituto Socioambiental. Publicado em 26 out 2016 pelo Site Amazônia Real. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Not%C3%ADcias?id=171619>. Acesso em 05 jan. 2020.

FAUTO, B. **História do Brasil**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

FERNANDES, A; FERNANDES, T. Bolsonaro enaltece extinção de conselhos federais com atuação da sociedade civil. **Folha de São Paulo**. Publicado 14 abr. 2019. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2019/04/bolsonaro-enaltece-extincao-de-conselhos-federais-com-atuacao-da-sociedade-civil.shtml>. Acesso em: 6 fev. 2020.

FREY, K. **Análise de Políticas Públicas: algumas reflexões conceituais e suas implicações para a situação brasileira**. PPGSP/UFSC, Cadernos de Pesquisa, n. 18, p. 1-36, set. 1999.

FONTÃO; M. A. B.; PEREIRA, E. L. **Percepções, saúde biomédica e práticas dos indígenas no contexto do Programa Mais Médicos para o Brasil**. In: TELLES, H. (Org.). Mais Médicos: as vozes dos atores e os impactos do programa na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2019.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Funasa). **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de Saúde Indígena**. Brasília: Funasa, 2009. 112 p. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf. Acesso em: 18 set. 2019.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. Vinte anos de homologação da Terra Indígena Yanomami serão comemorados durante assembleia. **Notícias**. Publicado 11 out. 2012.

GARNELO, L. **O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena**. In: TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L. (Org.). Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, p. 107-142.

GARNELO, L. **Políticas de saúde indígena na Amazônia: Gestão e contradições.** In: SCHERER, Elenise e OLIVEIRA, José Aldemir de. (Org.). *Amazônia: Políticas públicas e diversidade cultural.* 1 ed. Rio de Janeiro: Garamond, v. 1, pp. 133-160, 2006.

GARNELO, L.; ESCOBAR, A. L. **Política de Saúde Indígena no Brasil no Período de 1999 a 2006:** Rumamos para a Municipalização? Trabalho apresentado na VII Reunião de Antropologia do MERCOSUL. MR03 – Políticas Públicas em Saúde e Direitos Étnicos na América do Sul, Porto Alegre, 2007.

GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Org.). **Saúde Indígena:** uma introdução ao tema. Brasília: MEC-Secadi; UNICEF, 2012.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. **Organizações indígenas e distritalização sanitária:** os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, ago. 2005.

GOMIDE, A.; PIRES, R. **Capacidades Estatais e Democracia:** arranjos institucionais de políticas públicas. Brasília: Ipea, 2014.

GRINDLE, M. S.; THOMAS, J. W. **La puesta en práctica de la Reforma. Ambitos, intereses y recursos.** 1991. In: *Curso de Directivos en Diseño y Gestión Social.* Banco Interamericano de Desarrollo. INDES. Washington D.C., 1996.

HARGROVE, E. C. **The missing link.** Washington D.C., The Urban Institute, 1975.

HOCHMAN, G.; SILVA, R. **Campanhas Públicas, Populações (Quase) Invisíveis:** endemias rurais e indígenas na saúde pública brasileira. In: TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, p. 85-105.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política Pública:** seus ciclos e subsistemas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). **Direitos constitucionais dos índios.** Disponível em: <<https://pib.socioambiental.org/pt/Constituicao>>. Acesso em 7 nov. 2019.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). Profissionais que trabalham com índios receberão salários diferenciados. **Notícias.** Publicado dia 23 de dezembro de 2010. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Not%C3%ADcias?id=96791>. Acesso em: 6 jan. 2020.

KINGDON, J. W. **Agendas, Alternatives, and Public Policies.** 2nd ed. Pearson, 2011.

KRENAK, A. A. G. O. et al. **Encontro aponta soluções para a proteção da saúde do índio:** conclusões da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. *Saúde em Debate.* Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). 1988. Número especial: A saúde do Índio, p. 60-61.

LANGDON, E. J. **Saúde e Povos Indígenas:** Os desafios na virada do século. Universidade Federal de Santa Catarina. Trabalho apresentado no V Congresso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Isla de Margarita, Venezuela: 7-11 de Junio de 1999.

LIEBGOTT, R. et al (Org.). **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil:** Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Publicação do Conselho Indigenista Missionário – CIMI. Edição Revisada. Out. 2013.

LIMA, A. C. S. **Sobre indigenismo, autoritarismo e nacionalidade:** considerações sobre a constituição do discurso e da prática da "proteção fraternal" no Brasil. In: OLIVEIRA, João Pacheco de (Org.). *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Marco Zero : Ed. UFRJ, 1987. p. 149-204.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. **Implementação de Políticas Públicas:** perspectivas analíticas. *Revista de Sociologia e Política*. Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, 2013.

MARQUES, E. **As políticas públicas na Ciência Política.** In: MARQUES, E.; FARIA, C. (Org.). *A política pública como campo multidisciplinar*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

MAJONE, G.; WILDAVSKY, A. **Implementation as Evolution.** In H. Freeman (ed). *Policy Studies Review Annual*, pp. 103–117. Beverly Hills: Sage, 1978.

MEMORIAL DOS POVOS INDÍGENAS. **Exposição:** “Respeito ou Repetição? A História que não se quer reviver”. Brasília. Visita dia 26 abr. 2019.

MINISTÉRIO DA DEFESA. **Programa Calha Norte.** [S. l.], 15 maio 2019. Disponível em: <https://defesa.gov.br/programas-sociais/programa-calha-norte>. Acesso em: 11 set. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Primária.** 2019a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/atencao-primaria>. Acesso em: 25 jan 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conheça fluxo de atendimento de Saúde Indígena.** Atualizado em 24 de julho de 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-area>. Acesso em: 04 jan 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Controle Social da Saúde Indígena.** Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/controle-social/controle-social-na-saude-indigena> >. Acesso em: 03 de jul. 2018.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (MPF). **Relatório Figueiredo.** Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/violacao-dos-direitos-dos-povos-indigenas-e-registro-militar/relatorio-figueiredo>. Acesso em: 28 nov. 2019.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (MPF). Portaria que retira autonomia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas é inconstitucional e ilegal, aponta nota técnica do MPF. **Notícias.** Publicado em 24 out 2016. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/pgr/noticias-pgr/portaria-que-retira-autonomia-de-distritos-sanitarios-indigenas-2016ce-inconstitucional-e-ilegal2016d>. Acesso em: 09 jan. 2019.

MIRANDA, J. A. N.; HAUTEQUESTT, A. F.; COSTA, D. C. A tuberculose no índio. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). 1988. Número especial: A saúde do Índio, p. 23-24.

MUNDURUKU, D. **O caráter educativo do movimento indígena brasileiro (1970-1990)**. São Paulo: Paulinas, 2012.

NABUCO, F. **Cerimônia marca apresentação e homologação dos Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI)**. Notícias. Ministério da Saúde. Publicado em 14 dez 2016. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/sesai/26861-cerimonia-marca-apresentacao-e-homologacao-dos-planos-distritais-de-saude-indigena-pdsi>. Acesso em: 04 jan. 2020.

NABUCO, F. Ministro da Saúde apresenta proposta do INSI para conselheiros Nacionais. **Notícias**. Ministério da Saúde. Publicado em 11 de set. 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/sesai/14566-ministro-da-saude-apresenta-proposta-do-insi-para-conselheiros-nacionais>. Acesso em: 5 jan. 2020.

OLIVEIRA, J. P. **O nascimento do Brasil e outros ensaios: “pacificação”, regime tutelar e formação de alteridades**. Rio de Janeiro: 2016. 384 p.

PEGON, T. Sesai/MS realiza Chamamento Público único para ações complementares de saúde indígena. **Agência Saúde** – Notícias. Ministério da Saúde. Publicado em 12 de março de 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42741-sesai-ms-realiza-chamamento-publico-unico-para-acoes-complementares-de-saude-indigena>. Acesso em: 30 jan. 2020.

PEGON, T; ALMEIDA, B. Chamamento Público define entidades para prestação de ações complementares na saúde indígena. **Portal Saúde** – Notícias. Ministério da Saúde. Publicado em 17 mai. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/sesai/43272-chamamento-publico-define-entidades-para-prestacao-de-acoes-complementares-na-saude-indigena>. Acesso em: 15 jul. 2018.

PELLEGRINI, M. MPF se manifesta contra a “privatização” da saúde indígena. 15 dez. 2014. **Carta Capital**. In: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/12/mpf-se-manifesta-contr-a-privatizacao-da-saude-indigena/>>. Acesso em: 4 jul. 2018.

PEREIRA, L. O. S. **Política de Saúde para as Populações Indígenas no Brasil: continuidades e descontinuidades (1986-2013)**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

PIRES, R.; GOMIDE, A. **Governança e Capacidades Estatais a partir da Abordagem dos Arranjos e Instrumentos de Políticas Públicas**. Boletim de Análise Político-Institucional, v. 19, p. 25-32, 2018.

PIRES, R.; GOMIDE, A. **Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais**. Revista de Sociologia e Política (Online), v. 24, p. 121-143, 2016.

REVISTA POLI: saúde, educação e trabalho. **Saúde Indígena: um retrato do subsistema criado pela Lei Arouca há 20 anos**. Ano XII, n. 67, nov. /dez. 2019, p. 6-13.

ROHTER, L. **Rondon: uma biografia**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 584 p., 2019.

ROHTER, Larry. **Larry fala sobre carreira de explorador de Marechal Rondon**. Conversa com Bial. Entrevistador Pedro Bial. São Paulo: TV Globo, exibição 28 out 2019, 01h37.

RIBEIRO, S. A. F. **Implementação do Programa Fica Vivo!: instituições, atores e contextos** (Dissertação - Ciência Política). UFMG: Belo Horizonte, 2012.

RUA, M. G. **Para Aprender Políticas Públicas**. Volume 1: Conceitos e Teorias. Curso Online. Instituto de Gestão, Economia e Políticas públicas (IGEPP). 2013.

SÆTREN, Harald. **Facts and Myths About Research on Public Policy Implementation: Out-of-Fashion, Allegedly Dead, But Still Very Much Alive and Relevant**. Policy Studies Journal, v.33, n.4, 2005, p. 559-582.

SANDES, L. F. F. et al. **Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura**. Revista Panamericana de Salud Pública [online]. 2018, v. 42 Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.163>>. Acesso em 17 set. 2019.

SENADO FEDERAL. **Audiência Pública Interativa**. Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) no Senado sobre Saúde Indígena. Transmissão por Tv Senado 11 abr. 2019.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENA EMPRESAS (SEBRAE). **O que é uma organização não governamental**. Disponível em: <https://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/artigos/o-que-e-uma-organizacao-nao-governamental-ong,ba5f4e64c093d510VgnVCM1000004c00210aRCRD>. Acesso em: 19 mar. 2020.

SOARES, L. B; SANTOS, P. **O fim da política de atenção à saúde indígena e o desmonte da política indigenista brasileira**. Publicado 24 abr. 2019. Revista IHU ON-LINE. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/588542-o-fim-da-politica-de-atencao-a-saude-indigena-e-o-desmonte-da-politica-indigenista-brasileira>. Acesso em: 06 fev. 2020.

SARCINELLI, A. **A Política de Saúde Indígena no Brasil na década de 1990 e o Sistema Único de Saúde: o caso das aldeias do Espírito Santo**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

SAÚDE EM DEBATE. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). 1988. Número especial: A saúde do Índio, 63 p.

SCHNEIDER, A. L., ALMEIDA, T. F. **A Expedição Roncador-Xingu: (novos e velhos) bandeirantes na conquista da Fronteira Oeste**. Revista de Ciências Sociais. Fortaleza, v. 49, n. 3, nov. 2018/fev. 2019, p. 243–287.

SIDNEY, M. S. Policy Formulation: Design and Tools. In: FICHER, F; MILLER, G. J.; SIDNEY, M.S. (Edits). **Handbook of Public Policy: Analysis - Theory, Politics and Methods**. London; Nova York: CRC Press - Taylor & Francis Group, 2007, cap.6.

SILVA, João Carlos Ferreira. Aprovado sistema de saúde para os índios: Índios terão novo sistema de saúde. **Jornal do Senado**, Brasília, ano 1999, v. 934, n. V, p. 1-12, 1 set. 1999.

Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/jornal/edicoes/1999/09/01/jornal.pdf#page=1>. Acesso em: 17 dez. 2019.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil:** características e determinantes da avaliação de programas e projetos. NEPP/UNICAMP, Caderno n° 48, 2000. Disponível em: <<http://www.nepp.unicamp.br>>. Acesso em: 28 nov. 2018.

SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. **O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2020.

SUBIRATS, Joan. **Definición del problema.** Relevancia pública y formación de la agenda de actuación de los poderes públicos. IN: SARAIVA, Enrique; FERRAZ, Elisabete. Políticas Públicas. Brasília. ENAP, 2006.

SUPPA, C. 18 mil vagas para Médicos pelo Brasil. Publicado em 01 de agosto de 2019. **Agência Saúde.** Ministério da Saúde. Disponível em: <http://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45640-18-mil-vagas-para-medicos-pelo-brasil>. Acesso: 30 jan. 2020.

TISIOLOGISTA. In: DICIO, 18 dez. 2019. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/tisiologista/>>. Acesso em: 18 dez. 2019.

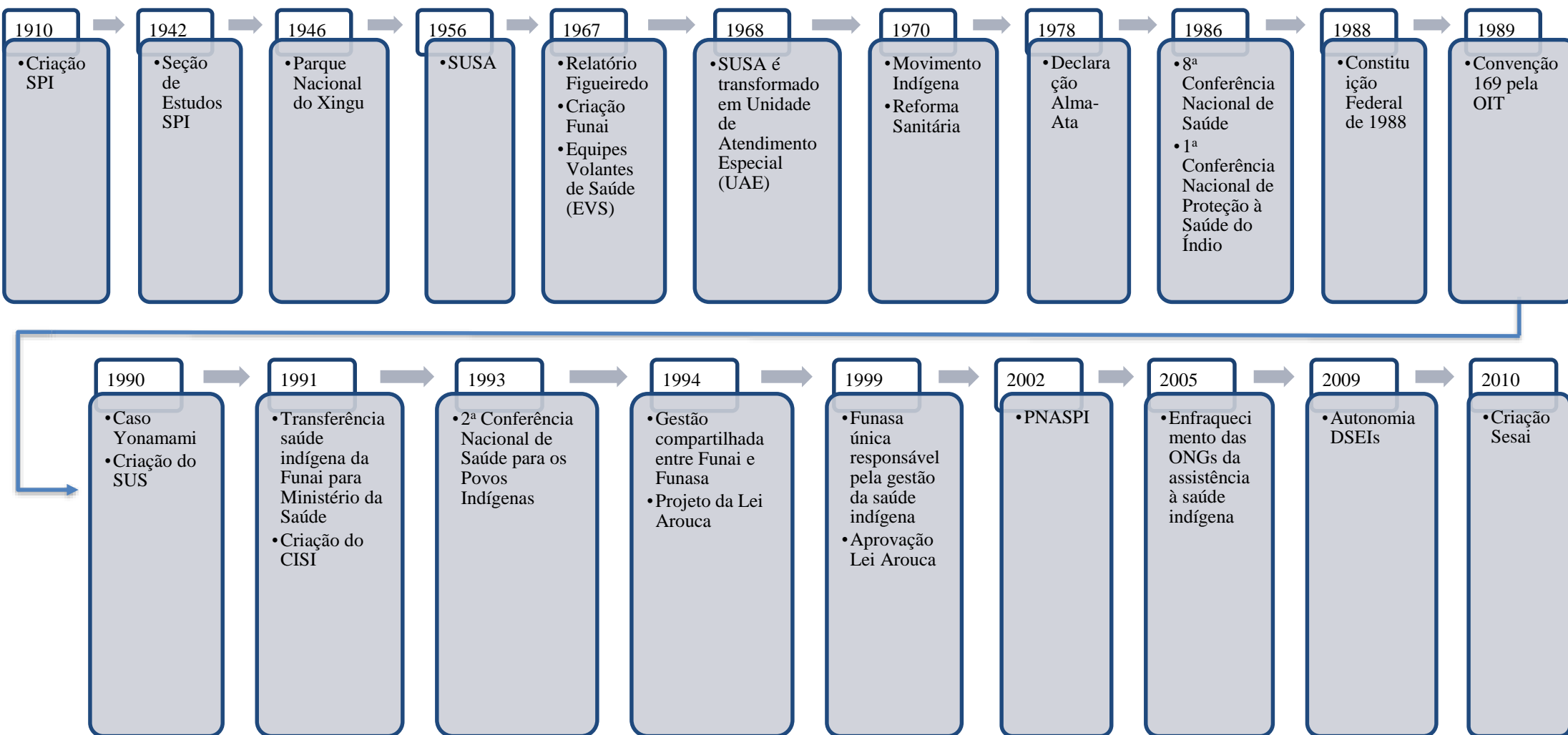
TRUE, J., JONES, B., BAUMGARTNER, F. **Punctuated-Equilibrium Theory:** explaining stability and change in public policymaking. In: SABATIER, P. A. (Ed.). Theories of the policy process (pp. 155-187). Boulder: Westview Press, 2007.

VERANI, C. B. L. **A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil.** Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi – série Antropologia. v. 15(2), p. 171-192, 1999.

XIMENES, D. A. (Org.). **Implementação de Políticas Públicas:** questões sistêmicas, federativas e intersetoriais. 244 p. Brasília: ENAP, 2018.

WINTER, Søren. **Perspectivas de implementação:** status e reconsideração. In: PETERS, Guy; PIERRE, Jon. (Org.). Administração Pública – coletânea. Brasília: ENAP, UNESP, 2010. Cap. 9. p. 209-228.

APÊNDICE A – Cronologia



Elaboração própria.

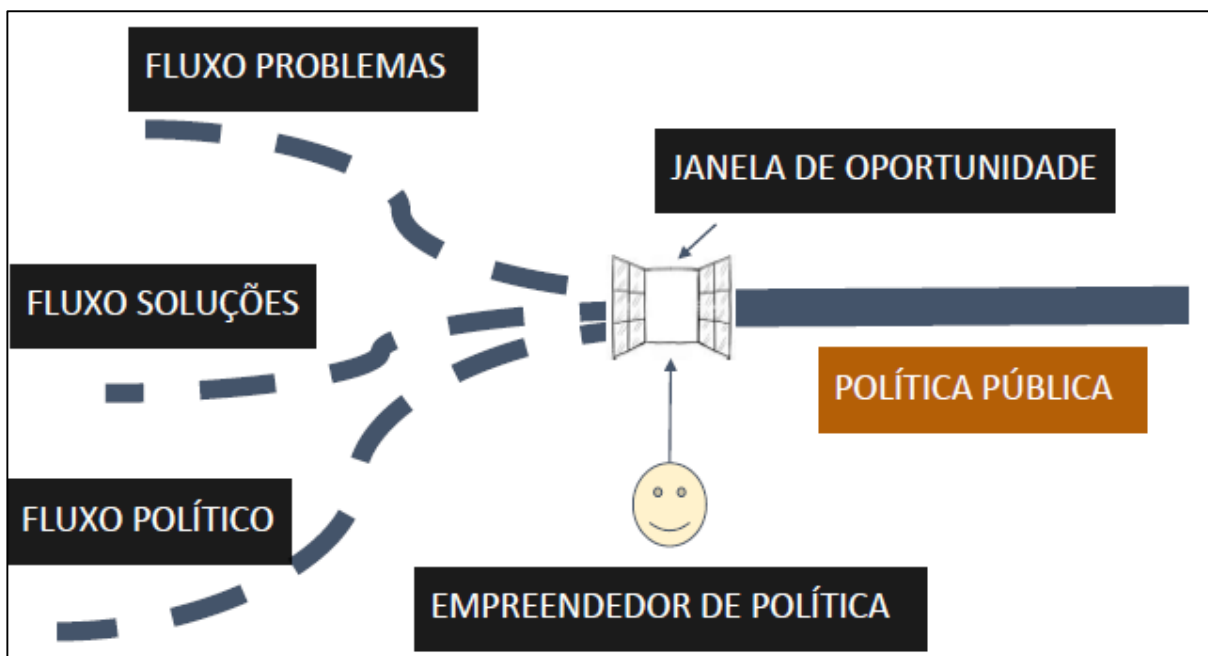
APÊNDICE B – Quadro Legislação

D. 8.072	<ul style="list-style-type: none"> •Decreto nº 8.072, de 20 de junho de 1910. •Criou o SPI.
Lei 2.743	<ul style="list-style-type: none"> •Lei nº 2.743, de 6 de março de 1956. •Criou o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu).
Lei 5.371	<ul style="list-style-type: none"> •Lei nº 5.371, de 5 de dezembro de 1967. •Criou a Funai.
CF 1988	<ul style="list-style-type: none"> •Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988.
Lei Orgânica da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> •Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. •Criou o SUS.
Lei 8.142	<ul style="list-style-type: none"> •Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. •Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.
D. 23	<ul style="list-style-type: none"> •Decreto nº 23, de 4 de fevereiro de 1991. •Transferência da saúde indígena da Funai para o Ministério da Saúde, concepção de um modelo de organização especial.
R. 011	<ul style="list-style-type: none"> •Resolução nº 001, de 31 de outubro de 1991. • Criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI).
NOB 93	<ul style="list-style-type: none"> •Norma Operacional Básica, portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. •Regulou o processo de descentralização da gestão do SUS.
D. 1.141	<ul style="list-style-type: none"> •Decreto nº 1.141, de 5 de maio de 1994. •Devolve à Funai a responsabilidade sanitária em relação aos indígenas.
RN 001	<ul style="list-style-type: none"> •Resolução Normativa nº 001, de 1994. •Divisão da competência pela saúde indígena entre Funai e Funasa.
PL 4.681	<ul style="list-style-type: none"> •Projeto de Lei nº 4.681, de 29 de junho de 1994. •Projeto da Lei Arouca.
NOB 96	<ul style="list-style-type: none"> •Norma Operacional Básica, portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. •Municipalização da atenção primária do SUS.
MP 1.911-8	<ul style="list-style-type: none"> •Medida Provisória nº 1.911-8, de 29 de julho de 1999. •Transferência de bens, postos de saúde e Casas do Índio da Funai para a Funasa.
D. 3.156	<ul style="list-style-type: none"> •Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. •Funasa como gestora da saúde indígena.
P. 1.163	<ul style="list-style-type: none"> •Portaria nº 1.163, de 14 de setembro de 1999. • Instituição do fator de incentivo de atenção básica aos povos indígenas e do fator de incentivo para a assistência hospitalar.
Lei Arouca	<ul style="list-style-type: none"> •Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. •Instituiu o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS).
PNASPI	<ul style="list-style-type: none"> •Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. •Criou a PNASPI.

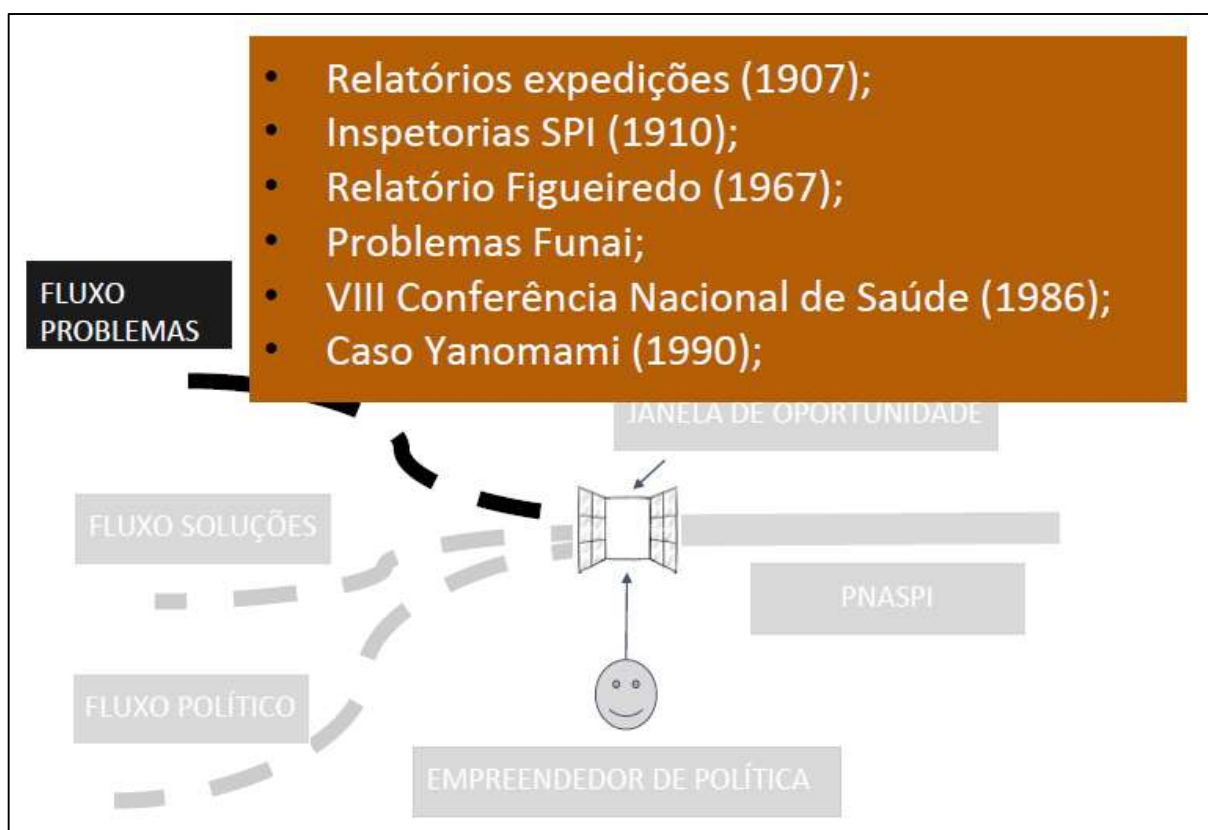
P. 69	<ul style="list-style-type: none"> • Portaria nº 69 da Funasa, de 20 de janeiro de 2004. • Criou o Comitê Consultivo da PNASPI
P. 70	<ul style="list-style-type: none"> • Portaria nº 70 da Funasa, de 20 de janeiro de 2004. • Aprovou as diretrizes da gestão da PNASPI.
Convenção 169	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004. • Promulga a Convenção 169 da OIT sobre povos indígenas e tribais.
P 2.656	<ul style="list-style-type: none"> • Portaria nº 2.656, de 17 de outubro de 2007. • Regulamentação dos incentivos de atenção básica e especializada aos povos indígenas.
P. 126	<ul style="list-style-type: none"> • Portaria nº 126, de 14 de fevereiro de 2008. • Regulamentou a prestação de contas das conveniadas.
D. 6.878	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto nº 6.878, de 18 de junho de 2009. • Autorização para a autonomia dos DSEIs.
Sesai	<ul style="list-style-type: none"> • Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010. • Criou a Sesai.
D. 7.336	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010. • Transição das ações de saúde indígena da Funasa para a Sesai.
D. 7.395	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto nº 7.395, de 22 de dezembro de 2010. • Incrementou os salários dos profissionais da saúde indígena.
P. 2.012	<ul style="list-style-type: none"> • Portaria nº 2.012, de 14 de setembro de 2012. • Extingue o Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI).
D. 8.136	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto nº 8.136, de 5 de novembro de 2013. • Aprovou o Regulamento do Sistema Nacional de Promoção da Igualdade Racial.
PL 3.501	<ul style="list-style-type: none"> • Projeto de Lei nº 3.501, de 03 de julho de 2015. • Projeto para criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI).
P. 1.907	<ul style="list-style-type: none"> • Portaria nº 1.907, de 17 de outubro de 2016. • Tentou retirar a autonomia financeira dos DSEIs temporariamente.
P. 2.141	<ul style="list-style-type: none"> • Portaria nº 2.141, de 25 de outubro de 2016. • Tentou retirar a autonomia financeira da Sesai.
P. 2.663	<ul style="list-style-type: none"> • Portaria nº 2.663, de 11 de outubro de 2017. • Novos critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI).
MP 870	<ul style="list-style-type: none"> • Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019. • Transfere a Funai do Ministério da Justiça para o Ministério da Agricultura.
D. 9.759	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. • Extinguiu colegiados de participação da sociedade civil.
P. 2.979	<ul style="list-style-type: none"> • Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. • Estabeleceu novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária.

APÊNDICE C – Esquemas dos Principais Argumentos dos Modelos Teóricos e suas aplicações no Estudo de Caso

Esquemas do Modelo de Múltiplos Fluxos



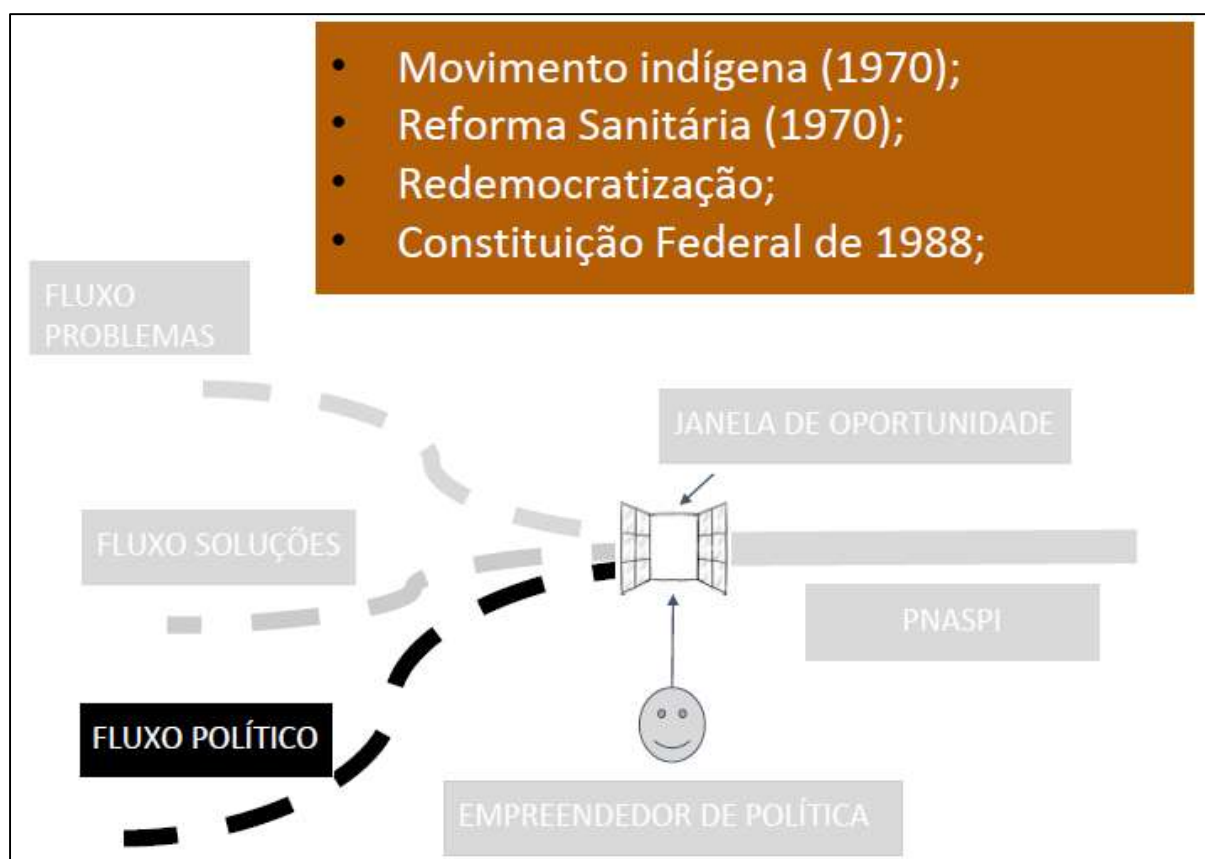
Elaboração própria.



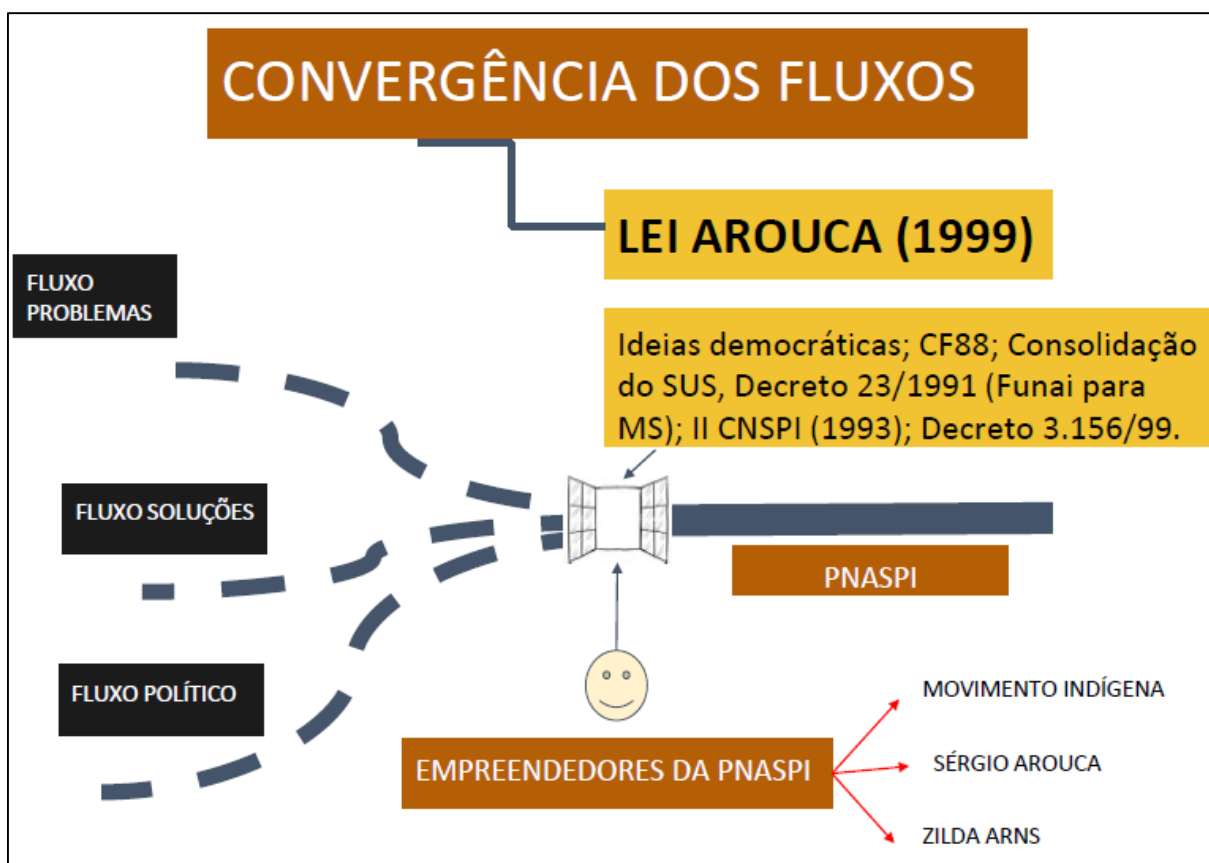
Elaboração própria.



Elaboração própria.

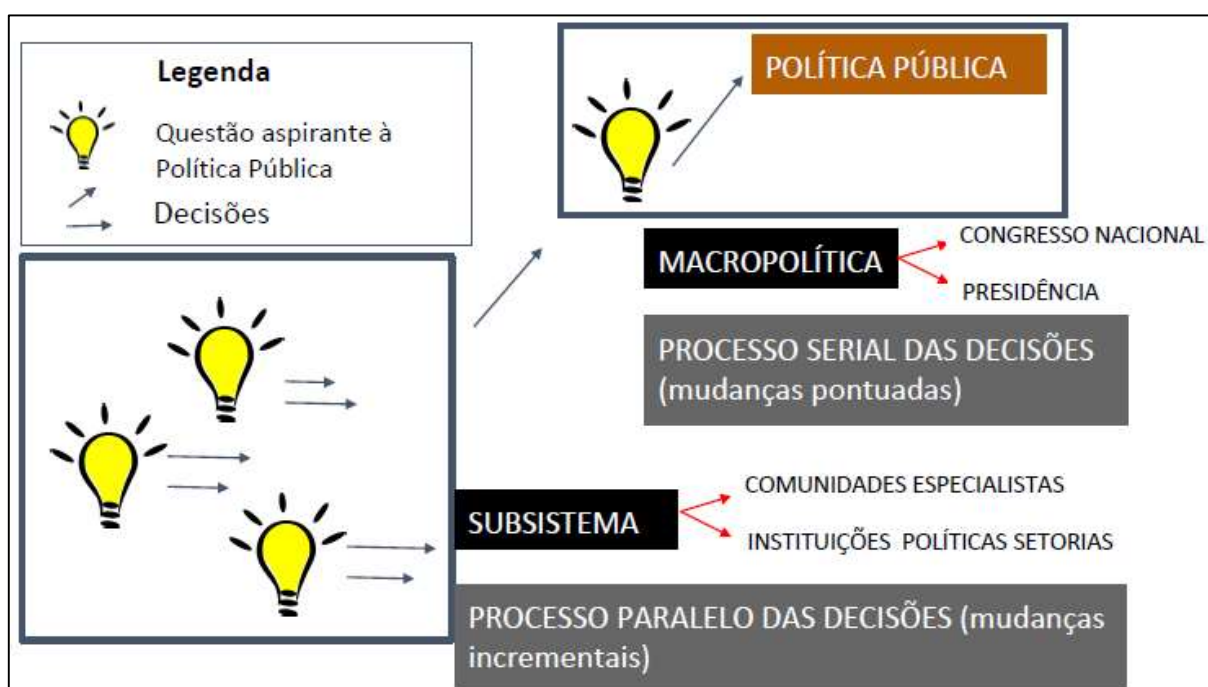


Elaboração própria.



Elaboração própria.

Esquema do Modelo do Equilíbrio Pontuado

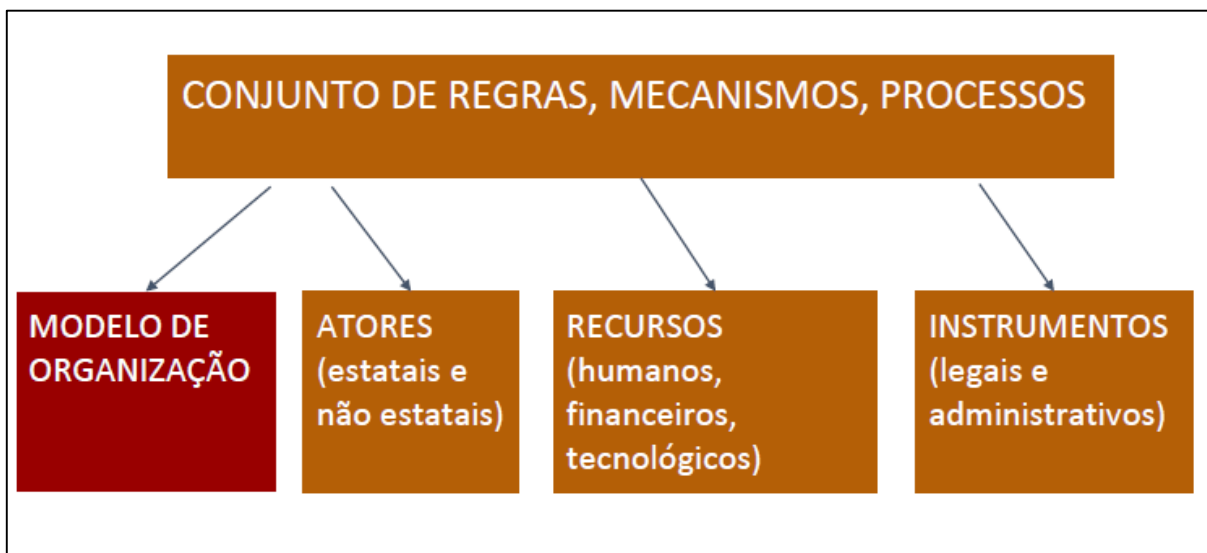


Elaboração própria.



Fontes: Foto 1 – Funai (2020), Foto 2 – Sesai (2019). Elaboração própria.

Esquemas da Abordagem dos Arranjos Institucionais e dos Instrumentos de Políticas Públicas



Elaboração própria.

MODELO DE ORGANIZAÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> DSEIS <input type="checkbox"/> Polos-base <input type="checkbox"/> Casais <input type="checkbox"/> UBSI 	ATORES: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conveniadas <input type="checkbox"/> Ministérios (MS, MEC, MJ) <input type="checkbox"/> Funai <input type="checkbox"/> Funasa (depois Sesai) <input type="checkbox"/> AGU; CGU; TCU; MPF <input type="checkbox"/> CISI <input type="checkbox"/> Municípios e estados <input type="checkbox"/> Organismos Internacionais 	RECURSOS: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> AIS e AISANs <input type="checkbox"/> EMSI <input type="checkbox"/> ORÇAMENTO (órgão gestor, MS, organismo de cooperação internacional, complementar estados e municípios) <input type="checkbox"/> Incentivo Atenção Especializada (IAE-PI) <input type="checkbox"/> SIASI; SISABI 	INSTRUMENTOS (legais e administrativos) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chamadas Públicas <input type="checkbox"/> Convênios <input type="checkbox"/> Processos Seletivos <input type="checkbox"/> PDSI <input type="checkbox"/> CONTROLE SOCIAL
---	--	---	--

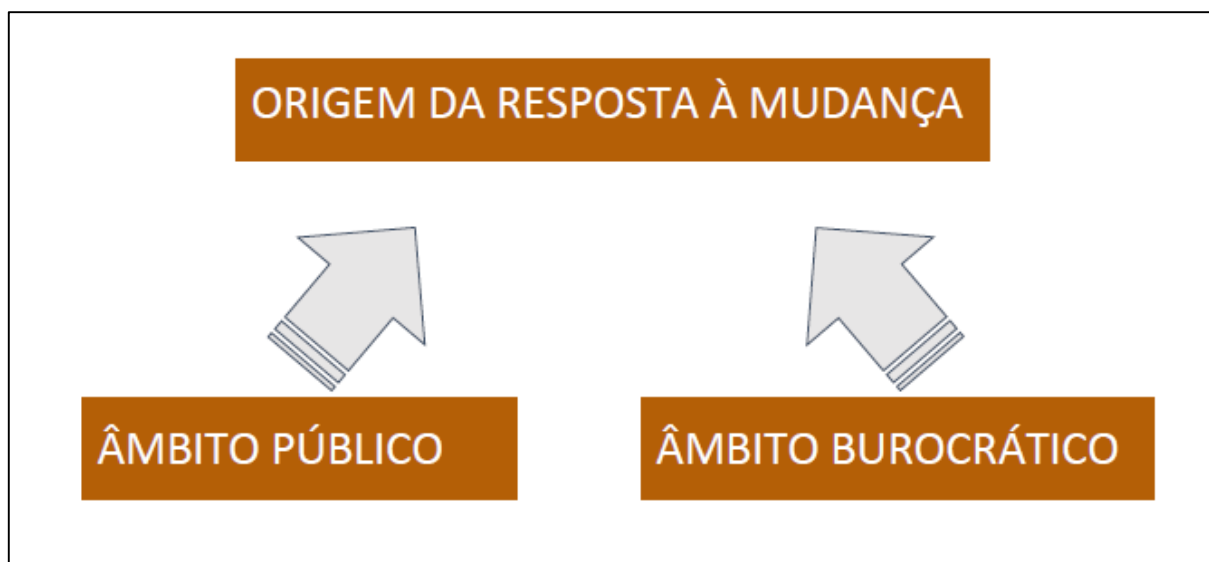
Elaboração própria.

Esquema da Rede de Implementação



Fontes: Foto 1 – Sesai (2019), Foto 2 – Jéferson Mota (Portal do Governo do Estado de Rondônia), Foto 3 – Setor Saúde (2019) e Foto 4 – Agência Brasil (2010). Elaboração própria.

Esquema do Modelo Interativo de Execução de Políticas



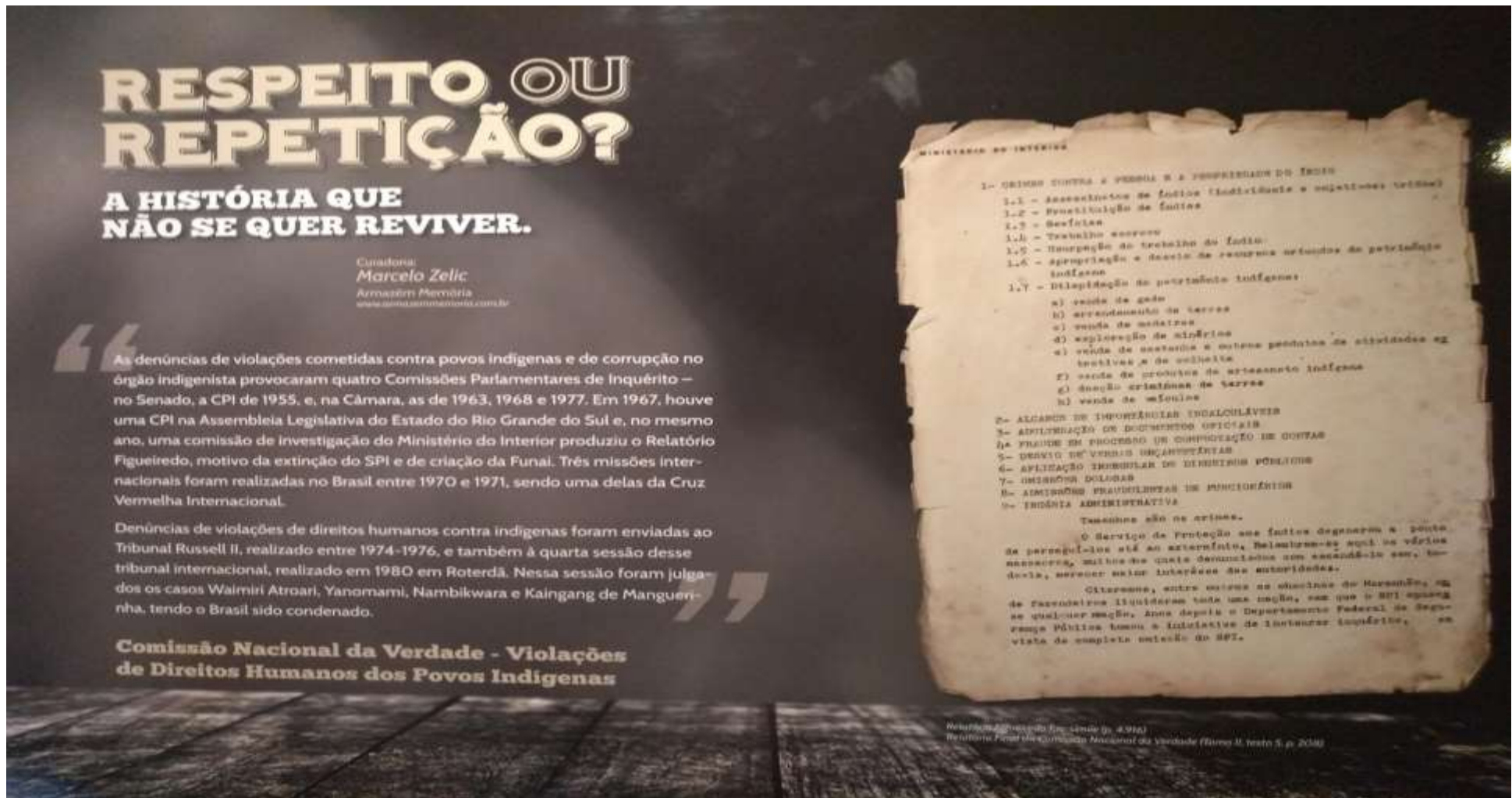
Elaboração própria.



Fonte: Sesai (2019). Elaboração própria.

ANEXOS

ANEXO A – Fotos Exposição “Respeito ou Repetição? A História que não se quer reviver” (sobre o Relatório Figueiredo – fotos próprias)



Fonte: Memorial dos Povos Indígenas, 2019.

MINISTERIO DO INTERIOR

O episódio da extinção da tribo localizada em Itabuna, na Bahia, a serem verdadeiras as acusações, é gravíssimo. Jamais foram apuradas as denúncias de que foi inoculado o vírus da varíola nos infelizes indígenas para que se pudessem distribuir suas terras entre figurões da Governô.

4917
7.

Estado da Bahia, a exemplo do que tem acontecido em todo território Nacional também patrimonios indígenas eram localizadas no Sul das terras; que as terras esbulhadas eram localizadas no Sul do Estado, no Município de Itabuna; que inicialmente a área de 50 mil hectares e sofreu um esbulho de 25 mil hectares; que os restantes 25 mil hectares também foram esbulhados posteriormente porém da maneira mais cruel possível; que essas terras pertenciam aos indios MATAXÔ;

missão, já chegamos a uma conclusão. O SR CILDO MEXELLES - O Deputado Azis Karon, da Bahia, por exemplo, é um dos grandes invasores da área da reserva de Itabuna. Essa reserva dos indios da Bahia é quase toda ela em zona de cacau, terra de primeira qualidade. As vezes, a terra é boa para o café, mas não presta para o cacau. O filho do Senador Juracy Magalhães, que se suicidou e era deputado, era também dono de outra grande área invadida. O SR DEPUTADO ANTONIO BASSOLIN - Já que

as terras do P.I. CATARINA PARAGUASSU haviam sido retalhadas criminosamente por funcionários do próprio SPI e distribuídas, mediante propinas entre pessoas que não sabe nomear, mas que se trata de políticos; que por ocasião da ocupação das terras pelos falsos novos donos informou o depoente que o fazendeiro lhe assegurou que os indios foram assassinados e que o prédio sede do Posto não mais existia como prédio público; indagando pelos posseiros ao fazendeiro este lhe informou que não mais existia nenhum e que por este motivo não mais existia farinha na região; pois, todas as terras tinham sido aproveitadas para pastagens; adiantou o fazendeiro ao depoente que tal fato ocasionou grave carencia de alimentos na região; que a título de colaboração adiantou o depoente estar a Delegacia Regional do Departamento de Polícia Federal pronta a colaborar na apuração dos fatos /



O Relatório Figueiredo ressurge não só para lembrar-nos sobre as violências cometidas contra os povos indígenas no passado recente, mas fundamentalmente como elemento probatório para se estabelecer a verdade, resgatar a memória e buscar justiça e reparação aos povos atingidos no processo de desenvolvimento nacional, estimulando o estado a proporcionar a criação de mecanismos de não-repetição destas violências no século XXI.

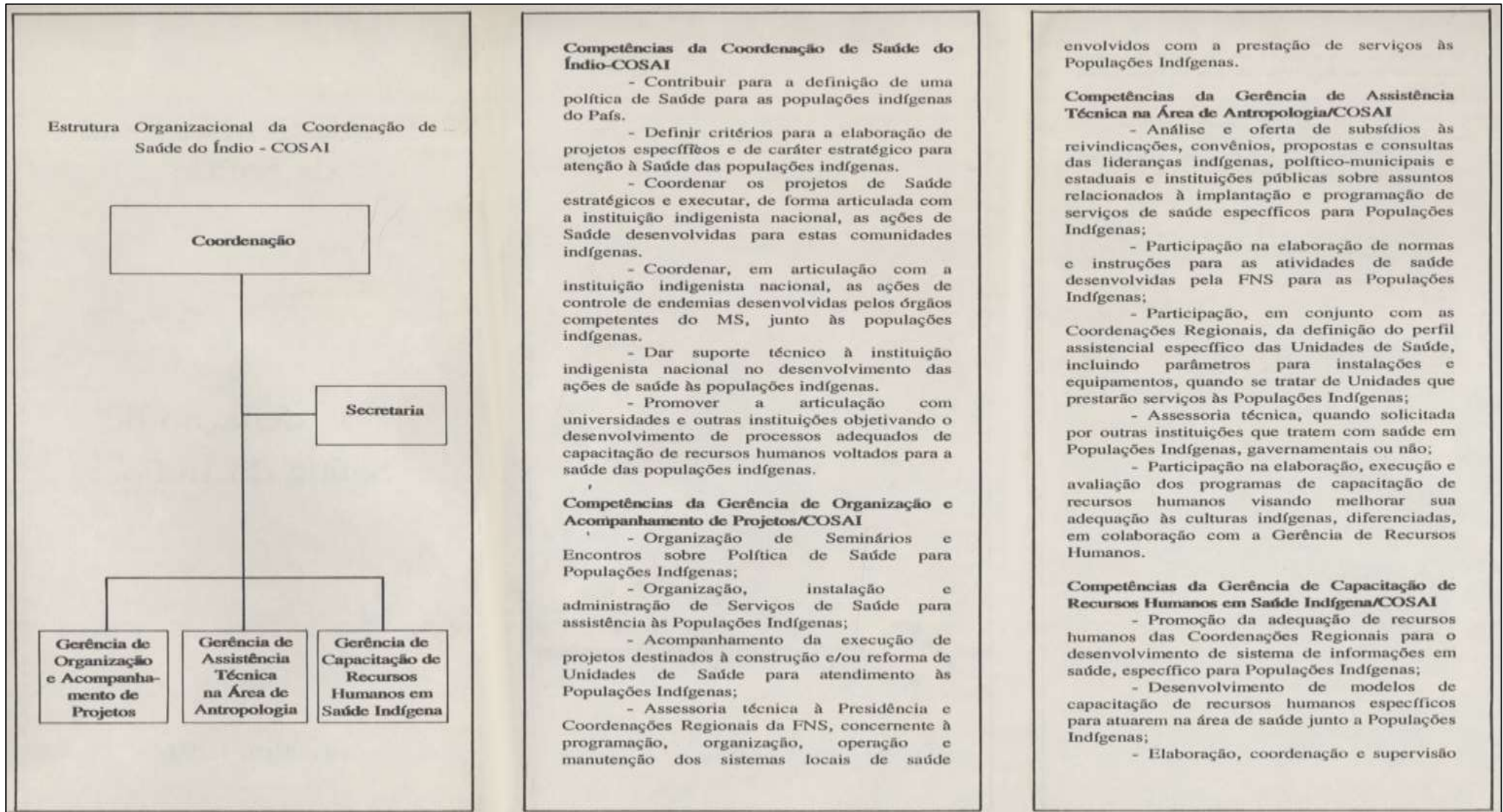
Marcelo Zelic

Depois de 45 anos desaparecido, um dos documentos mais importantes produzidos pelo Estado brasileiro no último século, o chamado Relatório Figueiredo, que apurou matanças de tribos inteiras, torturas e toda sorte de crueldades praticadas contra indígenas no país - principalmente por políticos latifundiários e funcionários do extinto Serviço de Proteção ao Índio (SPI) [ligado ao Ministério da Agricultura] - ressurge quase intacto. Supostamente eliminado em um incêndio no Ministério da Agricultura, ele foi encontrado recentemente no Museu do Índio, no Rio, com mais de 7 mil páginas preservadas e contendo 29 dos 30 tomos originais.

Felipe Canêdo



ANEXO B – Atribuições Coordenação de Saúde do Índio (Cosai) – 1991



ANEXO C - Projeto de Lei 4.681/94 (Lei Arouca) e sua Justificativa

Agosto de 1994

DIÁRIO DO CONGRESSO NACIONAL (Seção I)

Quinta-feira 11 11711

(DCTN, integrado aos quadros da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT), com base na Lei nº 8.184/92, de 11 de dezembro de 1994.

Parágrafo único. Para o pagamento da vantagem de que trata este artigo é necessário que o beneficiário detenha a qualidade de empregado da ECT, na data imediatamente anterior ao início do benefício previdenciário.

Art. 3º As normas que regem a concessão das aposentadorias e pensões dos empregados da ECT, aprovadas por este decreto, obedecem à lei previdenciária em vigor, na data de fato gerador do benefício.

Art. 4º A complementação da aposentadoria devida pela União é constituída pela diferença entre o valor de reconhecimento correspondente à do pessoal em atividade, acrescida da respectiva gratificação adicional por tempo de serviço a que faz jus o segurado, e o valor da aposentadoria paga pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Art. 5º É igualmentes devida pela União a complementação de pensão por morte de empregado da ECT, abrangido por este decreto e até o dia:

PROJETO DE LEI Nº 4.681, DE 1994

(Do Sr. Sérgio Arouca)

criação sobre as condições e funcionamento de serviços de saúde para as populações indígenas.

DES CONDIÇÕES DE SAÚDE DO COMUNITÁRIO, SEUS ASPECTOS E DIMENSÕES, DE INTERAÇÃO SOCIAL, E FAMILIAR, DE FUNÇÃO E PARTICIPAÇÃO (ART. 34); E DE CONSTITUIÇÃO E FUNÇÃO E DE ORÇAMENTO (ART. 34) - ART. 24, III

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º - Esta Lei regula, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde voltadas para o atendimento das populações indígenas.

Art. 2º - Compete privativamente à União legislar sobre as populações indígenas, de acordo com o Art. 22 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, isto em ações de lei que regulamentem a organização e o funcionamento de serviços de saúde voltadas para o atendimento das povos indígenas, sob sua total responsabilidade.

§ 1º - A União terá a competência de estruturar e gerir em funcionamento um sub-sistema de atenção à saúde indígena, em todos os seus aspectos.

§ 2º - Este sub-sistema de atenção à saúde indígena terá componente do Sistema Único de Saúde - SUS, tal como foi definido na Constituição Federal e nas Leis nº 8.080, 1990 e nº 8.142, 1990, funcionando em perfeita integração com o mesmo.

§ 3º - Cabe à União, com seus recursos próprios, financiar o sub-sistema de atenção à saúde das populações indígenas.

§ 4º - Interfere diretamente no Ministério da Saúde, a atenção à saúde indígena, que será incorporada pela sua coordenação e integração ao SUS e articulação com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

§ 5º - O órgão responsável pela Saúde Indígena, vinculada ao Ministério da Saúde, terá um nível de atuação nacional, regional e distrital, e autonomia de gestão administrativa, orçamentária e financeira.

§ 6º - Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não governamentais poderão atuar complementarmente no sistema e

execução das ações, desde que sob a coordenação e supervisão do Ministério da Saúde.

Art. 3º - Devem obrigatoriamente ser levadas em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o direito a ser atendido para a atenção à saúde indígena deve se pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando no aspecto de assistência à saúde, atendimento básico, atenção, habitação, meio ambiente, distribuição de terras, situação sanitária e integração institucional.

Art. 4º - O sub-sistema de atenção à saúde indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º - este sub-sistema terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º - O Sistema Único de Saúde servirá de referência e referência ao sub-sistema de atenção à saúde indígena. Para isso, deverão ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS, nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar esta integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminação.

§ 3º - As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, a nível local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Art. 5º - As populações indígenas terão direito a participar das organizações colegiadas de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.

§ 1º - Além desta participação nas organizações colegiadas de saúde gerais, será criado, junto ao Ministério da Saúde, um colegiado específico para a saúde indígena.

Art. 6º - É o Ministério da Saúde, mediante Portaria do Ministro da Saúde, autorizando e estabelecendo as condições necessárias para a aplicação desta Lei.

Art. 7º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília - DF, 27 de junho de 1994.

JUSTIFICATIVA

A Constituição Brasileira de 1988, em seu Artigo 22, afirma que "competem privativamente à União legislar...", entre outras coisas, sobre as populações indígenas. Quando o Congresso Nacional aprovou a Lei de nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que regulamentaram alguns dos principais aspectos do Capítulo "Saúde" da nossa Constituição, foi deixado à parte os questões que se referem à saúde das populações indígenas. Este Projeto de Lei visa sanar essa omissão, propondo estabelecer as condições para a criação de um sub-sistema de atenção à saúde indígena, articulado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), mas com suas particularidades e especificidades que a questão indígena exige.

Em 1993, no âmbito da realização da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, foi desenvolvido um Relatório Final no qual se definiu a criação de um sub-sistema diferenciado de saúde para os povos indígenas. Diferenciado mas não isolado do SUS, mas, sim, incorporado ao mesmo.

Partiu-se do princípio do reconhecimento da garantia dos direitos indígenas quanto à preservação de suas terras e recursos naturais como algo

fundamental, pois dejet prostra, e não aliventa, seu mal-estar. Não existe o direito de viver. A Constituição Brasileira define a "saúde como direito de todos e dever do Estado", e se garante mediante políticas econômicas e sociais e que as ações e serviços de saúde sejam implementados através do um Sistema Único. Saúde, entendemos que para que sejam cumpridos os direitos da descentralização, universalização, equidade e participação-comunitária, princípios dos SUS, e para que os povos indígenas do Brasil sejam atendidos de acordo com suas especificidades sócio-culturais e assistenciais, é imperativo que sejam definidas políticas públicas SETORIAIS ESPECÍFICAS, como é o caso da saúde dos índios.

Por isso, entendemos também, que a saúde de universalidade do Sistema de Saúde somente pode ser viabilizado através de enfoques diferenciados, visando-se adaptadamente e particularmente povos diferentes.

O caráter descentralizado dos SUS, que se constitui através do processo de municipalização das ações e serviços de saúde, deve ser pensado, no caso dos povos indígenas, de acordo com as premissas constitucionais relativas aos direitos dos índios, que definem sua responsabilidade integral do União, e sua autonomia. Desta forma, a responsabilidade da saúde indígena, deve ser federal.

O primeiro entendimento dos povos indígenas é o resultado da determinação de suas cosmovisões e culturas, que são desde a integridade territorial e da preservação do meio ambiente, a preservação dos sistemas médicos tradicionais dessas povos e da preservação da cultura como um todo, de uma determinação política e não somente pela assistência à saúde prestada. É de máxima importância se observar a formação de serviços humanos adequados a práticas assistenciais médico-sanitárias aos povos indígenas, levando em conta o conhecimento e o respeito às medicina tradicionais dessas populações, procurando estratégias de trabalhar na postura diferenciada e contextualizada das particularidades de saúde, em todos os níveis, de pelo, p.

O estabelecimento de um sub-sistema de atenção à saúde dos povos indígenas, ao lado de preservar as atividades culturais desses povos, propiciando melhores condições de atendimento médico-sanitário aos índios, provavelmente atendidos, em geral, na rede do Sistema Único de Saúde. Mas, no mesmo tempo, esse sub-sistema não será um rede isolada mas atuará em perfeita integração dentro do SUS, que inclusive lhe servirá de apoio, integração e referência.

Este sub-sistema não constitui como participação ou atuação à saúde indígena, a participação complementar dos Estados, Municípios, organizações governamentais e instituições não governamentais tanto no âmbito como na execução das ações, será realizada, desde que sob a coordenação e supervisão dos órgãos federais responsáveis pelo sub-sistema.

Entendemos que, com esta legislação, estamos contribuindo para criar uma estrutura na legislação de saúde de todos para a possibilidade que as ações e os indivíduos indígenas possam ter acesso a um sistema de saúde que respeite suas tradições de coletividade e cultura.

Tão pouco, de uma de importância de matéria e da urgência de sua regulamentação, apresentamos esse Projeto de Lei ao Congresso Nacional, esperando assim, com o apoio de nossos colegas para para a sua aprovação.

Sala das Sessões, em 19 de junho de 1994.


Deputado SÉRGIO AROUCHA

LEGISLAÇÃO CITADA, ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

CONSTITUIÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1988

Título III

DA ORGANIZAÇÃO DO ESTADO

Capítulo II DA UNIÃO

Art. 22. Compete privativamente à União legislar sobre:

- I — direito civil, comercial, penal, processual, eleitoral, agrário, marítimo, aeronáutico, espacial e do trabalho;
- II — desapropriação;
- III — requisições civis e militares, em caso de iminente perigo e em tempo de guerra;
- IV — águas, energia, informática, telecomunicações e radiodifusão;
- V — serviço postal;
- VI — sistema monetário e de medidas, títulos e garantias dos meios;
- VII — política de crédito, câmbio, seguros e transferência de valores;
- VIII — comércio exterior e interestadual;
- IX — diretrizes da política nacional de transportes;
- X — regime dos portos, navegação lacustre, fluvial, marítima, aérea e aeroespacial;
- XI — trânsito e transportes;
- XII — jazidas, minas, outros recursos minerais e metalurgia;
- XIII — nacionalidade, cidadania e naturalização;
- XIV — populações indígenas;
- XV — emigração e imigração, entrada, extradição e expulsão de estrangeiros;
- XVI — organização do sistema nacional de emprego e condições para o exercício de profissões;
- XVII — organização judiciária, do Ministério Público e da Defensoria Pública do Distrito Federal e dos Territórios, bem como organização administrativa destes;
- XVIII — sistema estatístico, sistema cartográfico e de geologia nacional;
- XIX — sistemas de poupança, captação e garantia da poupança popular;
- XX — sistemas de contabilidade e estatísticas;
- XXI — normas gerais de organização, efetivos, material bélico, garantias, convocação e mobilização das polícias militares e corpos de bombeiros militares;
- XXII — competência da polícia federal e das polícias rodoviária e ferroviária federais;
- XXIII — seguridade social;
- XXIV — diretrizes e bases da educação nacional;
- XXV — registros públicos;
- XXVI — atividades nucleares de qualquer natureza;
- XXVII — normas gerais de licitação e contratação, em todas as modalidades, para a administração pública, direta e indireta, incluindo as fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público, nas diversas esferas do governo, e empresas sob seu controle;
- XXVIII — defesa territorial, defesa socioeconômica, defesa marítima, defesa civil e mobilização nacional;

ANEXO D – Transcrição da Justificativa do Projeto de Lei 4.681/94 (Lei Arouca)

A Constituição Brasileira de 1988, em seu Artigo 22, afirma que “compete privativamente à União legislar...”, entre outras coisas, sobre as populações indígenas. Quando o Congresso Nacional aprovou as Leis de nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que regulamentaram alguns dos principais aspectos do Capítulo “Saúde” da nossa Constituição, foi deixado à parte as questões que se referiam à saúde das populações indígenas. Este Projeto de Lei visa sanar essa omissão, procurando estabelecer as condições para a criação de um subsistema de atenção à saúde indígena, articulado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), mas com suas particularidades e especificidades que a questão indígena exige.

Em 1993, ao término da realização da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, foi divulgado um Relatório Final no qual se defendia a criação de um subsistema diferenciado de saúde para os povos indígenas: diferenciado, mas não isolado do SUS, mas sim, incorporado ao mesmo.

Partir-se do princípio do reconhecimento da garantia dos direitos indígenas quanto à preservação de suas terras e recursos naturais como algo fundamental, pois delas provém o seu alimento, seu remédio, bem-estar e alegria de viver. A Constituição Brasileira definiu a “saúde como direito de todos e dever do Estado”, a ser garantido mediante políticas econômicas e sociais e que as ações e serviços de saúde sejam implementados a partir de um Sistema Único. Então, entendemos que para que sejam garantidas as diretrizes da descentralização, universalização, equidade, e participação comunitária, princípios do SUS, e para que os povos indígenas do Brasil sejam atendidos de acordo com suas especificidades socioculturais e sanitárias, é imperativo que sejam definidas políticas públicas SETORIAIS ESPECÍFICAS, como é o caso da saúde dos índios.

Por isso, entendemos também, que o caráter de universalidade do Sistema de Saúde somente pode ser viabilizado através do enfoque diferenciado, tratando-se adequadamente e particularmente povos diferentes.

O caráter descentralizado do SUS, que se caracteriza através do processo de municipalização das ações e serviços de saúde, deve ser pensado, no caso dos povos indígenas, de acordo com os preceitos constitucionais relativos aos direitos dos índios, que definem como responsabilidade indelegável da União, a sua assistência. Desta forma, a responsabilidade da saúde indígena, deve ser federal.

O processo saúde/doença dos povos indígenas é o resultado de determinantes socioeconômicas e culturais, que vão desde a integridade territorial e da preservação do meio ambiente, à preservação dos sistemas médicos tradicionais desses povos e da preservação da cultura como um todo, da autodeterminação política e não somente pela assistência à saúde prestada. É da máxima importância se observar a formação de recursos humanos adequados a prestarem assistência médico-sanitária aos povos indígenas, levando em conta o conhecimento e o respeito às medicinas tradicionais dessas populações, procurando estratégias de mudanças na postura etnocêntrica e estritamente tecnológica dos profissionais de saúde, em todos os níveis, do país.

O estabelecimento desse subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas, ao lado de preservar as identidades culturais desses povos, propiciará melhores condições de atendimento médico-sanitário aos índios, precariamente atendidos, em geral, na rede do Sistema Único de Saúde. Mas, ao mesmo tempo, esse subsistema não será uma rede isolada mas atuará em perfeita integração dentro do SUS, que inclusive lhe servirá de apoio, retaguarda e referência.

Esse subsistema não excluirá outras participações na atenção à saúde indígena. A participação complementar dos Estados, Municípios, organismos governamentais e instituições não governamentais tanto no custeio como na execução das ações, será facultada, desde que sob a coordenação e supervisão dos órgãos federais responsáveis pelo subsistema.

Entendemos que, com essa iniciativa, estaremos contribuindo para sanar uma omissão na legislação de saúde de nosso país e possibilitando que as nações e os indivíduos indígenas possam ter acesso a um sistema de saúde que respeite seus direitos de cidadania e culturas.

Isto posto, diante da importância da matéria e da urgência de sua regulamentação, apresentamos esse Projeto de Lei ao Congresso Nacional, esperando contar com o apoio de nossos ilustres pares para a sua aprovação.

Sala das Sessões, em 29 de junho de 1994.

Deputado SÉRGIO AROUCA

LEGISLAÇÃO CITADA, ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS
LEGISLATIVOS - CeDI

ANEXO E - Aprovação Lei Arouca: Notícias do Jornal do Senado

JORNAL DO SENADO

BRÁSILIA, QUARTA-FEIRA, 1º DE SETEMBRO DE 1999

Aprovado sistema de saúde para os índios

Conforme o projeto, população indígena não só terá maior acesso aos serviços como poderá participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde

A União deverá destinar recursos orçamentários para financiar um subsistema de atenção à saúde das populações indígenas, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). É o que dispõe projeto aprovado ontem pelo plenário, com inúmeras lideranças indígenas nas galerias. O projeto, que agora vai à sanção presidencial, estabelece ainda as regras básicas para o funcionamento desse subsistema.

Ficou decidido que estados, municípios e outras instituições governamentais e não-governamentais poderão complementar o custeio e a execução dos serviços. A sua aplicação deverá considerar a realidade local e peculiaridades da cultura indígena, com uma abordagem que contemple não só a assistência à saúde, mas saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, educação sanitária e integração institucional.

Como o Sistema Único de Saúde, esse subsistema deverá ser descentralizado, hierarquizado e regionalizado. E deverão ser feitas adaptações no SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, a fim de propiciar essa integração e o atendimento em todos os níveis. Os índios deve-

rão ter acesso aos serviços de saúde em âmbito local, regional e de centros especializados. E também terá o direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde.

Na discussão que antecedeu a votação, o senador Tião Viana (PT-AC) destacou a necessidade de o Estado brasileiro responsabilizar-se pela saúde indígena. Para ele, com a sanção desse projeto, o Ministério da Saúde assumirá efetivamente essa obrigação. O senador Sebastião Rocha (PDT-AP) manifestou o desejo de que o projeto facilite o acesso dos índios aos serviços públicos de saúde. "Essa é uma grande tarde para o Senado", comemorou ele.

A senadora Marina Silva (PT-AC) registrou que, durante séculos, as populações indígenas foram prejudicadas em consequência das doenças adquiridas no contato com os brancos. "Esse projeto vem fazer justiça às vésperas das comemorações dos 500 anos", disse ela. Os senadores Mozarildo Cavalcanti (PFL-RR) e Luiz Estevão (PMDB-DF) também manifestaram-se favoráveis à matéria.



Acompanhados por Marina Silva, líderes indígenas pediram a Antonio Carlos apoio ao projeto

ACM recebe líderes indígenas do Nordeste

Fonte: Jornal do Senado, 1º de setembro de 1999.

ACM recebe líderes indígenas do Nordeste

Poucos minutos antes do início da Ordem do Dia de ontem, o presidente do Senado, Antonio Carlos Magalhães, recebeu uma comitiva de índios das tribos Truká, Xukuru e Atikum, de Pernambuco, e Tumbaladá, da Bahia. Eles vieram pedir apoio para a aprovação do projeto de lei que estabelece condições para a criação e funcionamento de serviços de saúde para as populações indígenas.

Falando em nome do povo Truká, o líder indígena Ailson Truká também pediu a Antonio Carlos que intercedesse junto ao Ministério da Justiça para acabar com a violência na sua aldeia. Ele disse que a briga pela demarcação de terras tem causado a morte de vários índios.

— Os fazendeiros estão matando nossas lideranças, um índio atrás do outro, e nós não estamos mais agüentando essa situação. Vimos pedir apoio ao senhor para a garantia de nossas vidas, do futuro dos nossos filhos e do fim de vida dos nossos velhos — disse Ailson ao presidente do Senado.

Antonio Carlos comprometeu-se a entrar em contato com o ministro da Justiça, José Carlos Dias, para, em nome do Senado, pedir o fim da violência contra os povos indígenas em Pernambuco e em todo o Brasil. Ele também falou da expectativa favorável pela aprovação, no Congresso, do projeto que cria atendimento de saúde para os índios.

Também ficou acertado, a pedido de Antonio Carlos, que cada um dos povos indígenas que estiveram no Congresso encaminhará à senadora Marina Silva um resumo dos problemas que enfrenta. O material servirá de base para o presidente do Senado cobrar providências das autoridades competentes.

Marina explicou que, além de pedir solidariedade para a criação de um serviço de saúde para as populações indígenas e solicitar providências para o fim da violência em suas terras, os índios vieram a Brasília denunciar o tráfico de drogas em terras demarcadas no Nordeste e cobrar a apreensão, pelo Congresso, do Estatuto do Índio.

Fonte: Jornal do Senado, 1º de setembro de 1999.

ANEXO F – Objetivos do IAE-PI

Objetivos do IAE-PI

- | | |
|--|---|
| <p>I. viabilizar o direito do paciente indígena a intérprete, quando este se fizer necessário, e a acompanhante, respeitadas as condições clínicas do paciente;</p> <p>II. garantir dieta especial ajustada aos hábitos e restrições alimentares de cada etnia, sem prejuízo da observação do quadro clínico do paciente;</p> <p>III. promover a ambiência do estabelecimento de acordo com as especificidades étnicas das populações indígenas atendidas;</p> <p>IV. facilitar a assistência dos cuidadores tradicionais, quando solicitada pelo paciente indígena ou pela família e, quando necessário, adaptar espaços para viabilizar tais práticas;</p> <p>V. viabilizar a adaptação de protocolos clínicos, bem como critérios especiais de acesso e acolhimento, considerando a vulnerabilidade sociocultural;</p> <p>VI. favorecer o acesso diferenciado e priorizado aos indígenas de recente contato, incluindo a disponibilização de alojamento de internação individualizado considerando seu elevado risco imunológico;</p> <p>VII. promover e estimular a construção de ferramentas de articulação e inclusão de profissionais de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI/SESAI/MS e/ou outros profissionais e especialistas tradicionais que tenham vínculo com paciente indígena, na construção do plano de cuidado dos pacientes indígenas;</p> <p>VIII. assegurar o compartilhamento de diagnósticos e condutas de saúde de forma compreensível aos pacientes indígenas;</p> | <p>IX. organizar instâncias de avaliação para serem utilizadas pelos pacientes indígenas relativamente à qualidade dos serviços prestados nos estabelecimentos de saúde;</p> <p>X. fomentar e promover processos de educação permanente sobre interculturalidade, valorização e respeito às práticas tradicionais de saúde e demais temas pertinentes aos profissionais que atuam no estabelecimento, em conjunto com outros profissionais e/ou especialistas;</p> <p>XI. promover e qualificar a participação dos profissionais dos estabelecimentos nos Comitês de Vigilância do Óbito;</p> <p>XII. proporcionar serviços de atenção especializada em terras e territórios indígenas; e</p> <p>XIII. em relação especificamente aos hospitais universitários:</p> <p>a) instalar ambulatórios especializados em saúde indígena, visando promover a coordenação do cuidado especializado ao usuário indígena, porta de entrada diferenciada e a qualificação de profissionais em formação;</p> <p>b) realizar projetos de pesquisa e extensão em saúde indígena; e</p> <p>c) realizar projeto de telessaúde.</p> |
|--|---|

Fonte: Sesai/MS, 21 de março de 2018.