

## I - Povos indígenas e o processo saúde–doença

### 3. Políticas públicas em saúde para os povos indígenas

Andrey Moreira Cardoso  
Ricardo Ventura Santos  
Carlos E. A. Coimbra Jr.

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CARDOSO, A. M., SANTOS, R. V., and COIMBRA JR., C. E. A. Políticas públicas em saúde para os povos indígenas. In: BARROS, D. C., SILVA, D. O., and GUGELMIN, S. Â., orgs. *Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena* [online]. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 75-91. ISBN: 978-85-7541-587-0. Available from: doi: [10.7476/9788575415870.005](https://doi.org/10.7476/9788575415870.005). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/fyyqb/epub/barros-9788575415870.epub>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## 3. Políticas públicas em saúde para os povos indígenas

*Andrey Moreira Cardoso*

*Ricardo Ventura Santos*

*Carlos E. A. Coimbra Jr.*

Este capítulo pretende aproximar o leitor da construção da política de saúde indígena nas últimas décadas. Aqui serão discutidos os desafios para a implementação da atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Concebida como um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS), o aspecto central dessa política é a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Como veremos, um dos grandes desafios para a implementação do modelo é estruturá-lo – pois envolve centenas de milhares de usuários e agências governamentais e não-governamentais – sem perder de vista a sociodiversidade indígena existente no país, bem como o respeito ao pluralismo cultural.

### A trajetória da atenção à saúde indígena

Ainda que no início do século XX, em 1910, tenha sido criado um órgão específico para lidar com a questão indígena no país – o SPI – (LIMA, 1995), somente décadas depois foram feitas as primeiras tentativas de proporcionar aos povos indígenas serviços de saúde de forma sistemática. A iniciativa mais próxima nessa direção resultou da atuação de um médico, Noel Nutels, que conheceu a realidade da saúde indígena com a expedição Roncador-Xingu, organizada pela Fundação Brasil Central (FBC) na década de 1940. Na ocasião, Nutels visitou os Xavánte no Rio das Mortes, assim como algumas aldeias do Alto Xingu e da ilha de Bananal, no Rio Araguaia, ficando alarmado com a situação da tuberculose (COIMBRA JÚNIOR et al., 2002; COSTA, 1987).

Em 1952, Nutels elaborou um plano para a “defesa do índio brasileiro contra a tuberculose”, no qual destacou a importância de serem criadas “barreiras sanitárias” no entorno dos territórios indígenas. Dessa forma, aqueles que ingressassem em terras indígenas seriam submetidos a rigoroso controle de saúde, com ênfase nas doenças contagiosas. Nutels frisava que os problemas de saúde dos índios estavam intimamente relacionados com as condições gerais de pobreza e saúde reinantes na área rural do país. Reconhecendo a importância das doenças endêmicas que poderiam ser facilmente transmitidas aos indígenas (malária, tuberculose, hanseníase, entre outras), o plano de Nutels incluía a implementação de medidas sociais amplas que não se restringiam a intervenções médico-curativas e somente aos povos indígenas, mas também contemplaria a população sertaneja (COIMBRA JÚNIOR et al., 2002).

Embora o plano de Nutels tenha sido bem recebido pelo Ministério da Saúde, somente foi posto em ação em 1956, com o nome de Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), vinculado administrativamente ao Serviço Nacional de Tuberculose. Uma vez estabelecido, o Susa rapidamente expandiu suas operações para além do campo de ação da FBC, alcançando indígenas em regiões tão diversas como o sul do Mato Grosso, o Alto Rio Negro e outras áreas da Amazônia. O trabalho das equipes do Susa priorizava o diagnóstico, a prevenção e o tratamento de doenças infecciosas endêmicas, com ênfase na tuberculose.

Apesar dos esforços do pequeno grupo de idealistas liderados por Nutels, o Susa, dadas a própria extensão territorial do país, a insuficiência de recursos e a complexidade da questão da saúde nacional, não conseguiu reverter a gravidade do quadro de saúde da população rural em geral e da indígena em particular. Não obstante, em algumas situações de epidemia entre indígenas, a intervenção do Susa foi definidora, contribuindo para a redução da mortalidade.

Quando o SPI foi extinto em 1967 e criada a Funai, uma divisão da saúde foi implementada dentro da nova agência. Os serviços de saúde da Funai foram organizados em torno do conceito que surgiu com o Susa, o de Equipes Volantes de Saúde (EVS), instaladas em pontos estratégicos do país e vinculadas aos escritórios regionais da Funai. Em tese, cada EVS deveria ser composta por médico, enfermeiro, técnico de laboratório e dentista, e dispor de meios de transporte para levá-la a visitas periódicas a aldeias indígenas sob sua jurisdição. O suporte na cidade

seria oferecido pelas “Casas do Índio”, que serviam para abrigar pacientes indígenas durante períodos de permanência na cidade por motivo de consulta, tratamento e convalescença. Ligadas aos postos da Funai nas aldeias, havia pequenas estruturas, designadas de “enfermarias”, que, salvo exceções, na prática não passavam de precárias “farmácias” com estoque irregular de medicamentos, sob a responsabilidade de um auxiliar de enfermagem ou raramente de um enfermeiro.

Não obstante a palavra “volante”, que dava nome às equipes de saúde da Funai, sugerindo velocidade e mobilidade, os custos operacionais das EVS eram altos e suas ações geralmente de baixo impacto do ponto de vista da saúde pública. Nas regiões de mais difícil acesso, havia necessidade do fretamento de aviões e helicópteros. As equipes, que frequentemente não tinham medicamentos e o mais básico equipamento médico, também sofriam com a escassez crônica de pessoal.

A atenção primária à saúde oferecida nas aldeias era de reduzida eficácia e, em larga medida, centrada na distribuição de medicamentos. As precárias condições de vida enfrentadas pelos funcionários nos postos da Funai, juntamente com os baixos salários, desencorajavam pessoas a seguir uma carreira no órgão. Todos esses fatores levavam a uma alta rotatividade dos profissionais de saúde, tanto nos postos como nas EVS. Não raro, tratamentos de longa duração eram interrompidos, às vezes por muitos meses, até que um funcionário pudesse ser repostado. Isso era particularmente sério no caso da tuberculose, uma vez que interrupções constantes na medicação podem levar à resistência bacteriana. Com o passar do tempo, a falência do atendimento à saúde nas aldeias colocou sob crescente pressão as Casas do Índio nas cidades, cuja infra-estrutura permaneceu constantemente sobrecarregada pelo influxo de grande número de pacientes.

Nas décadas de 1980 e 1990, a Funai passou por um período de grande instabilidade política. O atendimento à saúde nas áreas indígenas tornou-se ainda mais desorganizado e esporádico. Nesse período, as medidas mais elementares de saúde, como vacinação, sofreram descontinuidade, com sérias implicações para a saúde indígena.

Com base nessa breve sistematização da trajetória da saúde indígena no século XX, fica evidente que não houve propriamente uma política de saúde indígena no país. As iniciativas planejadas e levadas a cabo pelo



Para aprofundar e detalhar o tema em estudo leia a Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080, de 1990 – disponível no site do Ministério da Saúde.

**Universalidade do acesso** significa que todas as pessoas têm direito ao atendimento nos serviços de saúde, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, entre outros, em todos os níveis de assistência (primária, secundária e terciária).

**Integralidade da assistência** representa um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (primário, secundário e terciário).

**Eqüidade** é a oportunidade no consumo de bens e serviços de saúde correspondente às necessidades de cada indivíduo ou grupo de indivíduos. A eqüidade sugere que pessoas diferentes deveriam ter acesso a recursos suficientes para suas necessidades de saúde. Portanto, a iniquidade ocorre quando grupos com distintas características sociais e demográficas, tais como renda, educação ou etnia, têm acesso diferenciado a serviços de saúde que não correspondem às suas necessidades.

órgão indigenista eram isoladas, correndo em paralelo à saúde pública da população não-indígena em geral. Em outras palavras, não havia integração entre os serviços e, na maioria das vezes, os programas nacionais coordenados por setores do Ministério da Saúde não estendiam o atendimento aos indígenas, já que a Funai centralizava todas as iniciativas no campo da saúde dos povos indígenas.

#### Para refletir

Se você é profissional da área de saúde indígena, verifique, no cotidiano de seu trabalho, o profissional mais antigo com experiência na atenção aos povos indígenas. Entreviste-o e identifique os principais pontos de sua trajetória profissional, bem como os efeitos dos contextos políticos e históricos sobre seu trabalho ao longo do tempo.

## O Sistema Único de Saúde

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 1990) dispõe sobre a organização e o funcionamento do SUS. Nesta lei – Título I; Art. 2 – está posto “que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Ela determina ainda que tais condições devem ser providas por meio de:

formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990, Título I; Art. 2º, § 1º).

Na citada Lei, são apontados como fatores determinantes e condicionantes da saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros. Para dar cabo da complexidade das necessidades de saúde dos cidadãos, o SUS articula um conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais.

O SUS executa as ações de saúde no ambiente regionalizado e hierarquizado de serviços, priorizando a atuação no âmbito municipal. Essas ações seguem os princípios e as diretrizes da **universalidade do acesso** em todos os níveis de assistência, da **integralidade da assistência** e da **eqüidade**, com base no conhecimento epidemiológico das necessidades de saúde, devendo ter a participação da comunidade.

Entre os objetivos e atribuições do SUS, destacam-se a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde e a assistência às pessoas, por intermédio de ações de **promoção, proteção e recuperação da saúde**, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, além das ações de vigilância em saúde.

Por serem os problemas de saúde de natureza complexa e multicausal, a organização e gestão do SUS prevê a criação de comissões intersetoriais nacionais, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), integradas pelos Ministérios e órgãos complementares e por entidades representativas da sociedade civil, que têm por finalidade articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS.

O texto a seguir oferece uma visão geral da abrangência e do funcionamento do SUS.

SUS é o modelo oficial público de atenção à saúde em todo o país, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população. Está definido na Lei n. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) como:

o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde (BRASIL, 1990).

A direção do SUS, de acordo com o inciso I do Art. 198 da Constituição Federal, é única, sendo exercida em âmbito nacional pelo Ministério da Saúde; em âmbito estadual e no Distrito Federal pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito municipal pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

A Lei n. 8.142/90, que dispõe, entre outros assuntos, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, estabelece, no seu Art. 1º, que o SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde, que deverá ser convocada pelo menos a cada quatro anos, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis nacional,

**Promoção da saúde** incorpora o conceito mais abrangente de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação etc.); o meio socioeconômico e cultural (ocupação, renda educação etc.); os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética etc.). Promover saúde é atuar intersetorialmente e com a participação da comunidade, incrementando sua capacidade de controlar e intervir nos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, evitando exposições ao risco de adoecer. É a atuação mais precoce que se pode conceber na história natural das doenças e agravos à saúde, objetivando a melhoria da qualidade de vida e da saúde.

**Proteção da saúde** corresponde à aplicação de medidas destinadas a prevenir o adoecimento por determinado agravo, por meio da interrupção de suas causas ou cessação da exposição aos riscos.

**Recuperação da saúde** atua, em comparação com a proteção da saúde, em momento mais avançado na história natural das doenças, onde já existe o dano (doença ou agravo). A recuperação envolve ações que evitam as mortes das pessoas doentes e as seqüelas, buscando recuperar os danos e/ou prevenir suas seqüelas, trazendo as pessoas ao estado de saúde. Essa etapa envolve o atendimento ambulatorial básico e especializado ao paciente, referindo-se à assistência propriamente dita.

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, é permitida a participação da iniciativa privada em caráter complementar.

estadual e municipal; e o Conselho de Saúde, órgão colegiado com caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com a finalidade de formular estratégias e controlar a execução da política de saúde. Suas decisões requerem a homologação do chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

## A formulação da atual política de saúde indígena

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada em 1986, foi um evento fundamental para a reformulação da Política Nacional de Saúde ao aprovar as diretrizes básicas da reforma sanitária a ser implementada com o SUS. Concomitante à 8ª CNS, houve a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Nessa oportunidade, recomendou-se que a saúde indígena deveria ser coordenada pelo Ministério da Saúde, por meio de um subsistema de serviços de saúde vinculado ao SUS. Essa perspectiva foi reafirmada durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, quando foi aprovado um modelo de atenção à saúde indígena diferenciado – um subsistema de saúde articulado ao SUS – e organizado em distritos sanitários especiais (Quadros 1 e 2).

Em 1993, a 2ª Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas definiu as diretrizes da Política Nacional de Saúde para a população indígena, além de atualizar as recomendações da 1ª Conferência Nacional. Em 1996, aconteceu a 10ª Conferência Nacional de Saúde, durante a qual foi aprovada a regulamentação e a implantação de distritos sanitários como unidades organizacionais do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Quadro 2).

Quadro 1 – Principais marcos da legislação sobre saúde indígena no Brasil

Temas/Documentos	Assuntos
Decreto n. 23/1991	Transfere da Funai para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde para os povos indígenas.
Decreto n. 1.141/1994	Constitui a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi) e devolve a coordenação da saúde indígena para a Funai, que fica responsável pelo componente curativo enquanto o Ministério da Saúde se encarrega das ações de prevenção (revoga o Decreto nº 23/1991).
Resolução n. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde	Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, com indicação sobre a especificidade dos povos indígenas.
Lei n. 9.836/1999 ou Lei Arouca	Institui, no âmbito do SUS, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que cria regras de atendimento diferenciado e adaptado às peculiaridades sociais e geográficas de cada região.



Quadro 1 – Principais marcos da legislação sobre saúde indígena no Brasil (cont.)

Temas/Documentos	Assuntos
Portaria n. 852/1999 do Ministério da Saúde	Cria os DSEI.
Portaria n. 1.163/1999 do Ministério da Saúde	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde.
Resolução n. 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde	Aprova as normas para pesquisas envolvendo seres humanos na área da saúde indígena.
Portaria n. 479/2001 da Fundação Nacional de Saúde (Funasa)	Estabelece as diretrizes para a elaboração de projetos de estabelecimento de saúde, abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário em área indígenas.
Portaria n. 254/2002 do Ministério da Saúde	Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
Portaria n. 69/2004 da Fundação Nacional da Saúde (Funasa)	Dispõe sobre a criação do Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado à Funasa.
Portaria n. 70/2004 da Fundação Nacional da Saúde (Funasa)	Aprova as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Fonte: Instituto Socioambiental (2005) e Magalhães (2005).

Quadro 2 – Conferências Nacionais de Saúde Indígena e principais objetivos

Ano	Temas/Documentos	Assuntos
1986	1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (Brasília, Distrito Federal)	Propor e discutir diretrizes relativas à saúde indígena.
1993	2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (Luziânia, Goiás)	Definir diretrizes de uma política nacional de saúde para os povos indígenas e atualizar as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em conformidade com o SUS.
2001	3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Luziânia, Goiás)	Avaliar a implantação dos DSEI e discutir questões relativas à segurança alimentar e auto-sustentação.
2006	4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Caldas Novas, Goiás)	Debater a produção da saúde, a proteção da vida e a valorização das tradições indígenas no território dos DSEI.

Nota: Quadro construído a partir do *Relatório preliminar da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena* (2006) e da Fundação Nacional de Saúde (2006).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2001, teve como objetivo avaliar a implantação dos DSEI e discutir questões relativas à segurança alimentar e auto-sustentação. Já a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 2006, debateu o território dos DSEI como espaço de produção da saúde, proteção da vida e valorização das tradições indígenas. Nessa oportunidade, foi aprovada na plenária final a permanência da Funasa como órgão gestor da saúde indígena, assim como a autonomia política, financeira e técnico-administrativa dos DSEI.



Foto1 – Votação dos delegados na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Caldas Novas (GO), 2006



Fonte: Vídeo 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2006).

É importante frisar que a intensa mobilização em torno da elaboração de uma política de saúde indígena a partir de meados da década de 1980 veio associada ao envolvimento de diferentes órgãos, o que se deu através da extinção, criação e fusão de estruturas por vezes de forma conflituosa. Assim, as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio levaram à transferência, em 1991, através do Decreto Ministerial n. 23/1991, da coordenação da saúde indígena da Funai, do Ministério da Justiça, para a Fundação Nacional de Saúde (FNS), que passou a ser responsável pela saúde indígena. Nesse contexto se estabeleceu uma relação tensa entre a Funai e a FNS. Em 1994, o Decreto n. 23/1991 foi revogado e, através do Decreto Ministerial n. 1.141/1994, a Funai retomou o controle das ações de saúde indígena. Ficou estabelecido um impasse entre as duas instituições, o que resultou, no mesmo ano, nas atribuições à FNS da responsabilidade pelas ações de prevenção e controle de agravos à saúde, saneamento básico e capacitação de recursos humanos e à Funai das ações de assistência médico-sanitária.

Em 1998, a Procuradoria Geral da República considerou inconstitucional a permanência da coordenação da saúde indígena no Ministério da Justiça, ao qual está vinculada a Funai. A disputa entre instituições quanto à gestão da saúde indígena só foi superada com a aprovação da chamada Lei Arouca – Lei n. 9.836 em 1999 (BRASIL, 1999b). Essa lei estabeleceu

o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, acrescentando dispositivos à Lei n. 8.080, que legislava, em termos genéricos, sobre o direito dessas minorias à saúde. Esse subsistema passou a responder pelas ações básicas de saúde nas áreas indígenas, de acordo com as diretrizes do SUS, devendo, portanto, articular-se de forma hierarquizada e integrada aos demais níveis de complexidade do sistema de saúde.

Paulatinamente, o subsistema foi estruturado na conformação atual, tendo como órgão gestor o Ministério da Saúde, o qual repassou para a antiga FNS, agora denominada Funasa, a responsabilidade pela gestão e execução das ações de saúde. Ainda em 1999, o Decreto n. 3.156 regulamentou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas ao dispor sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do SUS (BRASIL, 1999a).

A partir de 2000 foram publicadas diversas portarias governamentais que tiveram o objetivo de regulamentar aspectos específicos do funcionamento do atual modelo de atenção à saúde indígena (Quadro 1). A Portaria n. 70/2004 do Ministério da Saúde aprovou as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2004). Segundo essas diretrizes, deve-se assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que os tornam mais vulneráveis aos agravos à saúde. O gestor federal (Funasa) deve considerar as realidades locais e as especificidades da cultura dos povos indígenas para organizar o modelo de atenção, orientado por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

## A conformação do modelo de atenção à saúde indígena

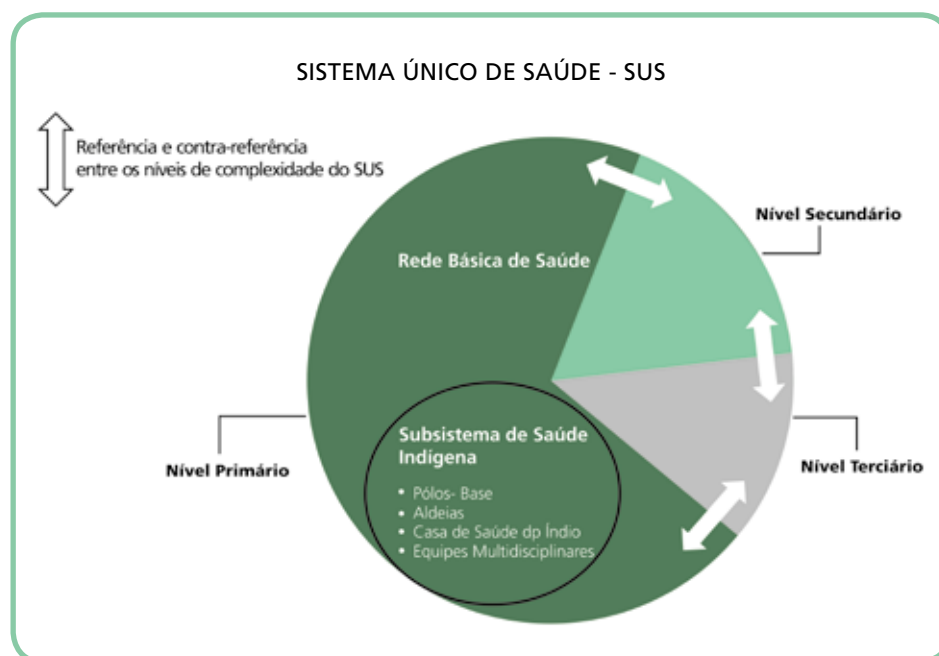
Em sua conformação atual, fruto das discussões travadas ao longo das várias Conferências Nacionais de Saúde Indígena, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está organizado na forma de DSEI. Como um subsistema, deve funcionar articulado ao SUS, atendendo às seguintes condições: considerar os conceitos de saúde e doença próprios dos povos indígenas e os aspectos intersetoriais de seus determinantes; ser

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) são definidos como espaços étnico-culturais dinâmicos, geográficos, populacionais e administrativos bem delimitados, que não guardam relação direta com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas. Os DSEI devem prestar atenção básica à população indígena aldeada, mediante atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), nos moldes do Programa da Saúde da Família (PSF), compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde (AIS). Outros profissionais, de saúde ou não, podem atuar juntamente com a EMSI no território distrital, de acordo com a realidade local.

construído coletivamente com base em um processo de planejamento participativo; possuir instâncias de controle social formalizadas em todos os níveis de gestão.

Cada DSEI dispõe de uma rede de serviços de saúde dentro de seu território, que deve funcionar de forma integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS (Figura 1).

Figura 1 – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e fluxo de referência e contra-referência



**Pólos-base** podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência; no último caso, corresponde a uma unidade básica de saúde já existente na rede de serviço daquele município. Cada pólo-base cobre um conjunto de aldeias, e sua equipe, além de prestar assistência à saúde, realiza a capacitação e a supervisão dos AIS. Os pólos-base estão estruturados como unidades básicas de saúde e contam com a atuação de equipe multidisciplinar de saúde indígena, composta principalmente por médico, enfermeiro, dentista e auxiliar de enfermagem.

Nota: Modelo elaborado com base nos documentos Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002) e Portaria n. 1.088/2005 do Ministério da Saúde. Trata-se de um modelo geral, que pode não se aplicar exatamente a todas as realidades existentes no país, já que o SUS (subsistema e redes municipais e estaduais de saúde) possui distintos graus de implementação, organização e integração da rede de serviços, dependendo da localidade.

A rede de serviços de um DSEI prevê a existência de unidades básicas de saúde nas aldeias ou em **pólos-base**. As casas de saúde do índio, sob responsabilidade da Funasa, também integram a rede de referência do subsistema, servindo para abrigar e cuidar dos pacientes e seus acompanhantes durante períodos de tratamento em serviços de referência fora das aldeias.

Fotos 2, 3 e 4 – Atenção básica de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas



Fonte das fotos: Vídeo 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2006).

O financiamento dos distritos é majoritariamente público, composto por recursos orçamentários do Ministério da Saúde, eventualmente complementados pelos estados e municípios em cujos territórios vivem povos indígenas. Pode receber também contribuições de organizações de cooperação mútua internacional e da iniciativa privada. A distribuição desses recursos é feita segundo critérios populacionais, perfil epidemiológico e características geográficas. Quanto à execução das ações de atenção à saúde, podem ser realizadas de forma direta pela Funasa, ou pelos estados ou municípios; ou indireta, por organizações não-governamentais, organizações indígenas e, mais recentemente, fundações universitárias.

O controle social no subsistema, no âmbito nacional, é viabilizado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi), órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde. Essa comissão é composta por representantes da Funai, da Funasa, das instituições de ensino e pesquisa e das orga-

nizações indígenas, tendo função consultiva. Localmente, esse controle deve ser exercido pelos conselhos distritais e locais de saúde indígena. Os conselhos distritais têm caráter deliberativo e composição paritária de usuários, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde, possuindo como atribuições aprovar o plano distrital, avaliar a execução das ações de saúde e apreciar a prestação de contas dos órgãos executores. Os conselhos locais, de caráter consultivo, são compostos unicamente por representantes indígenas nos pólos-base, tendo como atribuições avaliar as ações e os serviços de saúde, indicar conselheiros para outras instâncias de controle social e atuar ao lado de gestores locais para viabilizar a assistência à saúde.

Recentemente, foi instituído, por meio da Portaria n. 644/2006, o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, instância de caráter consultivo, propositivo e analítico. Constitui-se na instância máxima de assessoramento da Funasa nas questões relativas à saúde indígena.

Foto 5 – 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Caldas Novas (GO), 2006



Fonte: Vídeo 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2006).

Em 2000, como parte da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, foi criado o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi). Esse sistema visa a coleta, o processamento e a análise de informações para o acompanhamento da saúde das comunidades indígenas, abrangendo óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, produção de serviços, recursos humanos e infra-estrutura. Apesar de promiss-



Porém, os relatórios produzidos pela Funasa com base nos dados do Siasi, assim como as análises sobre a alimentação e o uso do sistema pelos profissionais dos distritos, sugerem a baixa confiabilidade dos dados. Infelizmente, o Siasi, por razões diversas, não vem cumprindo o papel esperado de fornecer informações confiáveis para o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações da saúde (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Desde 1999 o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena tem sido composto de 34 DSEI (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição dos DSEI no território nacional



Fonte: Funasa (2007). Atualizado de acordo com a Portaria n. 18/10 GM/MS (2006).

Passados sete anos, está em curso um processo de reestruturação dos distritos, o que decorre de demandas políticas e operacionais. Como a saúde indígena é desenvolvida mediante a atuação de diversas instituições, sendo coordenada pelo governo federal (por intermédio da Funasa), mas implementada em nível local, em territórios distritais, com formas diversas de execução das ações de saúde (por organizações não-governamentais, prefeituras etc.), produzem-se conflitos de ordem

diversa, desde a concepção teórica do modelo até divergências de cunho político-partidário. Desse mosaico surgem, continuamente, propostas de modificação da conformação atual dos DSEI, assunto intensamente debatido na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 2006.

## Desafios da implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

A organização e implantação dos DSEI envolveu um grande aporte de recursos humanos e financeiros. Entre 1999 e 2004, o orçamento federal para saúde indígena a cada ano variou de 180 a 250 milhões de reais, com uma aplicação *per capita* de aproximadamente R\$ 500,00 por ano. Proporcionalmente, esses valores representaram um investimento *per capita* três vezes maior do que o gasto em saúde para a população brasileira (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003).

Não obstante os investimentos financeiros, a insuficiência de recursos humanos apresentou-se como um dos maiores obstáculos para a recém-implantada política. Uma vez que a Funasa não dispunha de pessoal para atuar nos DSEI, a alternativa encontrada para sua implantação foi, conforme já vimos, contratar os serviços de terceiros para realizar o trabalho de saúde nas aldeias. Para tal, foi criada a complementaridade do atendimento, chamada de “parcerias”, com estados, municípios, organizações não-governamentais e organizações indígenas, com o repasse de recursos da União para essas instituições.

O processo de distritalização obteve avanços na extensão de cobertura e no financiamento da saúde indígena. Não obstante, apesar das diretrizes políticas do subsistema, é patente que o princípio de uma atenção “culturalmente diferenciada” não tem sido posto em prática; soma-se a isso a irregularidade e a baixa qualidade dos serviços prestados. Alguns desses problemas decorrem das insuficiências da gestão feita pela Funasa, particularmente aqueles ligados à rotatividade dos recursos humanos nos DSEI e à inadequação do modelo dos convênios para viabilizar uma provisão regular e organizada de serviços. Frise-se ainda que, em muitas áreas, praticamente o único prestador de serviços de saúde presente nas aldeias é o agente indígena de saúde que, salvo exceção, carece de supervisão e treinamento continuado (CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006; GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003; LANGDON, 2000).



As práticas sanitárias na saúde indígena vêm se caracterizando pela fragmentação dos procedimentos e pela ausência de ações intersetoriais capazes de garantir, por exemplo, segurança alimentar e adequadas condições de saneamento, distanciando-se do princípio da integralidade. Os documentos normativos do subsistema repetem princípios genéricos de ação que não se traduzem em atividades concretas nas programações anuais de atividades dos DSEI. Um exemplo diz respeito ao reconhecimento e ao fortalecimento dos sistemas de medicinas tradicionais e sua articulação com os serviços de saúde ofertados; embora recomendado, tal reconhecimento não se efetiva nas práticas cotidianas das equipes de saúde indígena. Além disso, continuam a vigorar programações baseadas no modelo campanhista de assistência à saúde, caracterizadas pelo deslocamento irregular de equipes de saúde para as aldeias, nos moldes das antigas EVS. Essa estratégia impossibilita uma atenção contínua, integrada e capaz de responder às necessidades de saúde dos povos indígenas (CHAVES; CARDOSO; ALMEIDA, 2006; GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003; LANGDON, 2000).

Particularmente na Amazônia, a Funasa firmou vários convênios com associações indígenas, o que tem gerado grande impacto sobre a mobilização política dessas entidades. De um lado, a parceria contribuiu para superar o caráter tutelar das relações das instituições públicas com as sociedades indígenas. De outro, a assimetria de poder que caracteriza uma parceria com o Estado tende a provocar um atrelamento das lideranças indígenas às prioridades do poder público, muitas vezes incongruentes com as necessidades das populações representadas pelo movimento indígena. Além disso, a flutuação no custeio e na estratégia de gestão do subsistema de saúde indígena inviabilizou a organização de um sistema de referência e contra-referência para o SUS e não solucionou a falta de agilidade no repasse de recursos para os DSEI e a carência de profissionais, gerando conflitos trabalhistas e ônus políticos, que recaem sobre as prestadoras de serviços e prejudicam, particularmente, a credibilidade política das conveniadas indígenas (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003; GARNELO; SAMPAIO, 2005).

## PARA CONSOLIDAR SEUS CONHECIMENTOS

Após a leitura desse capítulo, você deve estar com muitas idéias e/ou dúvidas sobre os problemas, dificuldades, limites e conquistas vivenciadas em sua prática de trabalho.

Aprofunde suas reflexões a partir do estudo dos seguintes materiais:

- A *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*, da Funasa (2002), disponível no site do Ministério da Saúde.
- O artigo "Implementação da política de saúde indígena no pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas", de Maria de Betânia Garcia Chaves, Andrey Moreira Cardoso e Celia Almeida (2006), publicado em *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 2, p. 295-305, 2006.
- O registro em vídeo do debate sobre a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, do Canal Saúde/Fiocruz (2006), disponível para compra no site do Canal Saúde, sob o número de identificação 528.

## Referências

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. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/ccivil/Leis/L9836.htm>>. Acesso em: 13 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 6.001, de 19 de dezembro de 1973*. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Disponível em: <<http://www.socioambiental.org/inst/leg/pib.shtm>>. Acesso em: 13 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 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. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>>. Acesso em: 13 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999*. Diário Oficial da União, Brasília, 24 set. 1999b. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/ccivil/Leis/L9836.htm>>. Acesso em: 13 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 70/GM, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 jan. 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-70.htm>>. Acesso em: 13 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria n. 1.088/GM, de 4 de julho de 2005. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 jul. 2005. Seção I, p. 62-63.

CHAVES, M. B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 295-305, fev. 2006.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. et al. *The Xavante in transition: health, ecology, and bioanthropology in Central Brazil*. Ann Arbor: Michigan University Press, 2002.

COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 388-401, dez. 1987.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Conferências nacionais de saúde indígena: relatórios finais*. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2. ed. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. *Relatório morbimortalidade 2002*. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. *Relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena*. Brasília, 2007.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde indígena no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1217-1223, 2005.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. *Legislação: povos indígenas*. São Paulo, [2005]. Disponível em: <<http://www.socioambiental.org/inst/leg/pib.shtml>>. Acesso em: 13 jun. 2006.

LANGDON, E. J. Salud y pueblos indígenas: los desafíos en el cambio de siglo. In: BRICEÑO-LEÓN, R. (Org.) et al. *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 107-119.

LIMA, A. C. S. *Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1995.

MAGALHÃES, E. D. (Org.). *Legislação indigenista brasileira e normas correlatas*. 3. ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

SANTOS, R. V. et al. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. No prelo.

SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O sistema de informação da atenção à saúde indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853-861, abr. 2007.