



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**ESTRUTURAÇÃO E GESTÃO DA SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE
INDÍGENA: CAMINHOS, ATORES E INSTITUCIONALIDADE.**

Antônio Alves de Souza

Brasília, março de 2016.

FICHA CATALOGRÁFICA



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**ESTRUTURAÇÃO E GESTÃO DA SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE
INDÍGENA: CAMINHOS, ATORES E INSTITUCIONALIDADE.**

Antônio Alves de Souza

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde, Cultura e Cidadania.

ORIENTADORA: Prof.^a Dra. Ana Valéria Machado Mendonça

Brasília, março de 2016.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dra. Ana Valéria Machado Mendonça – Presidente
Universidade de Brasília – UnB

Prof.^a Dra. Maria Fátima de Sousa – Membro Titular
Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Cláudio Fortes Garcia Lorenzo – Membro Titular
Universidade de Brasília – UnB

Prof.^a Dra. Karin Eleonora Sávio de Oliveira – Membro Suplente
Universidade de Brasília – UnB

Brasília, março de 2016.

DEDICATÓRIA

Aos 305 povos indígenas do Brasil, primeiros habitantes deste país, dedico este trabalho pela sua valiosa contribuição à formação étnico-cultural da sociedade brasileira, mas principalmente pelo exemplo de organização social, respeito ao outro e à natureza, e pelo espírito de luta que os levou a sobreviverem nesses mais de 500 anos de enfrentamento ao preconceito e à discriminação.

Aos povos que resistiram ao massacre dos invasores que aqui chegaram em 1500 trazendo a barbárie, escravidão, doenças e provocaram a morte de milhões deles que viviam em plena harmonia com o território que lhes pertencia, sem demarcações, com abundância de alimentos, água de qualidade sem poluição, onde os males que lhes afligiam eram tratados com a sua medicina tradicional indígena.

Minha dedicatória especial às crianças, aos adolescentes, homens, às mulheres, aos anciãos, pajés, às rezadeiras, parteiras, benzedeiras, aos raizeiros, xamãs, tuxauas, capitães, agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento e conselheiros de saúde, que travam batalhas cotidianas em busca de melhor qualidade de vida coletiva, sem a ambição da mais valia, tendo como orientação do tempo o sol que nasce e que se põe numa perspectiva de vida eterna, ensinando para nós que viver vale a pena.

AGRADECIMENTOS

Aos **povos indígenas** pelas inúmeras lições de vida que recebi nesses sete anos de convivência e aprendizado, os quais permitiram despertar em mim um profundo sentimento de respeito, admiração, carinho e amor, que retribuo a eles buscando fazer mais e melhor como gestor nacional responsável pela coordenação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), criado em 1999.

Ao ministro **José Gomes Temporão** que me confiou a coordenação do Grupo de Trabalho Saúde Indígena, criado em 2008, o qual me introduziu na saúde indígena.

Ao presidente **Luiz Inácio Lula da Silva** que aceitou a indicação feita pelas organizações indígenas em Maturuca, capital da Raposa Serra do Sol, Estado de Roraima, do meu nome para coordenar a secretaria que seria criada no âmbito do Ministério da Saúde para coordenar a gestão do SASISUS.

Às **organizações indígenas** pela confiança na indicação do meu nome ao presidente e ao ministro e, principalmente, pela valiosa contribuição na construção da proposta de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

Ao **Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI)** e aos **conselheiros de saúde indígena**, por acreditarem e apoiarem o nosso trabalho à frente da SESAI, possibilitando a realização dos muitos avanços obtidos até agora.

A todos os membros do **GT Saúde Indígena** (Marly Cunha Terrell, Ricardo Correia de Barros, Carlos Felipe Almeida D' Oliveira, Claunara Schilling Mendonça, Ubiratan Pedrosa Moreira, Adauto Martins Soares Filho, Alexsandro Cosme Dias, Antonio Fernandes Costa, João Batista Fonseca Vasconcelos, Roberto Guerrero Marques, Raimunda Nonata, Jorge Araújo, Licínio B. Carmona, Wanderley Guenka, Sheila Resende, Irânia Maria da Silva Ferreira Marques, Fabiana Vaz de Melo, Maria Luiza Garnelo Pereira, Andrey Moreira Cardoso, Sebastião A. R. Manchinery, Aurélio Tenharin, Edmundo Dzu'Aiwi Omore, Clóvis Ambrosio, Antonio Sarmiento dos Santos, Sônia Bone de Sousa Silva Santos, Antonio Ricardo Domingos da Costa, Antonio Pessoa Gomes, Robson Cassiano, Marcos Sabaru, Edna Bezerra Pajeú, Maria de Lourdes dos Santos, Rildo Mendes, Romancil Gentil Kretã, Renato Moraes, Neoli Olibio, Hyral Moreira, Valdemar Vicente, Antonísio Lulu, Luiz Karay, Lindomar José A. Silva, José Sátiro Nascimento, Pablo Sage Jr Kamaiura, Marcello Kamaiurá, Edemilson Canale, Reginaldo Tapirapé, Crisanto Rudzö Tseremey'wa, Agnelo Temrité

Wadzatsé, Nelson Mutzie, William César Domingues Lopes, Lindomar Santos Rodrigues e Jecinaldo Barbosa Cabral), pela confiança e valiosa contribuição durante todo o debate que fizemos até a criação da SESAI.

Sou grato também à mestranda **Bianca Coelho Moura**, que desde o início acreditou na proposta de criação e estruturação da SESAI e assumiu, de corpo e alma, o grande desafio de (re)organizar e fortalecer o controle social na saúde indígena, sendo, também, a principal responsável para que eu decidisse me inscrever no mestrado e continuar, mesmo nos momentos de difícil conciliação entre trabalho e estudo, e cursar disciplinas que coroavam os nossos longos dias com intensos e produtivos debates que contribuíram para o nosso crescimento intelectual.

Ao mestrando **Edson Oliveira Pereira**, jovem com história de vida parecida com a minha, oriundo do interior do Estado da Bahia, que conheci durante as aulas e se encantou pela saúde indígena, tornando-se um grande amigo e valioso parceiro nas discussões e revisões dos textos que produzimos nesses dois anos de estudos.

Ao Doutor **Daniel Ignacchiti Lacerda**, pelo tempo de chefia de gabinete da SESAI, meu muito obrigado pelo apoio nas revisões dos textos produzidos e pelo incentivo permanente para eu continuar e concluir esta pós-graduação.

Aos meus **amigos e amigas**, indígenas e não indígenas que, de várias formas, incentivaram-me a persistir nesta caminhada diante das dificuldades de conciliar o trabalho e os estudos.

De forma especial, agradeço à Doutora **Maria Fatima de Sousa**, professora e diretora da Faculdade de Ciências da Saúde (FS), da Universidade de Brasília, como também à Doutora **Ana Valéria Machado Mendonça**, professora da FS e do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que se radicalizaram na amizade, no carinho e no incentivo, as quais foram as principais responsáveis para que eu pudesse concluir o curso e escrever este trabalho. A elas o meu mais profundo respeito e a minha eterna admiração e gratidão.

“Nossas terras são invadidas, nossas terras são tomadas, os nossos territórios são invadidos... Dizem que o Brasil foi descoberto; o Brasil não foi descoberto não, Santo Padre. O Brasil foi invadido e tomado dos indígenas do Brasil. Essa é a verdadeira história que realmente precisa ser contada.”

Marçal Tupã'i, líder Guarani-Nhandeva, no discurso feito ao Papa João Paulo II, por ocasião de sua visita ao Brasil, em 1980.

RESUMO

A presente dissertação objetiva analisar o processo sócio, histórico e político da criação da SESAI, identificando as ideias, os interesses, atores e a institucionalidade, no âmbito do Ministério da Saúde, como também justificar sua proposta atual de gestão. A hipótese central consistiu em descrever a origem das ideias da criação da secretaria, identificando os atores sociopolíticos, participantes da formulação da proposta e os seus interesses, bem como apontar as iniciativas de institucionalização da SESAI no âmbito do Ministério da Saúde e do governo, os avanços conquistados e os desafios à sua consolidação como fenômeno instituído ao fortalecimento do Subsistema de Atenção à Saúde e ao próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujos métodos e técnicas consistiram em coletar, analisar, interpretar e compreender documentos que mostram as diversas fases de organização das ações de atenção à saúde indígena no Brasil, seu sucesso e insucesso. Os resultados da pesquisa indicam, através de fortes elementos, um desenvolvimento estratégico no que tange aos resultados institucionais após a criação da SESAI, seja enquanto estratégia de fortalecimento ou na reestruturação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS). Constata-se, ainda, a necessidade de aprofundamento do debate com as comunidades indígenas e suas organizações, bem como nos espaços internos do MS e dos governos estaduais e municipais, considerando que a SESAI, por ser parte integrante do SUS, necessita de melhor integração com esses organismos para assegurar a atenção integral aos povos indígenas. Conclui-se que a estratégia política foi acertada e adequada, mas exige do governo federal a adoção de ações complementares para assegurar que as diferentes peculiaridades dos 305 povos indígenas possam ser respeitadas e contempladas e eles passem a ser protagonistas do processo e ter melhores condições de saúde e de vida.

Palavras Chave: Saúde Pública; Saúde Indígena; Controle Social; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze the social process, historical and political setting of SESAI, identifying the ideas, interests, actors and institutions under the Ministry of Health, as well as justify its current proposal management. The central hypothesis was to describe the origin of the secretariat creation ideas, identifying the socio-political actors, proposed the formulation of the participants and their interests, as well as point out the institutionalization of initiatives SESAI in the areas of the Ministry of Health and the government, advances made and the challenges to its consolidation as a phenomenon set to strengthen the Health Care Subsystem and own Unified Health System (SUS). This is a qualitative research, whose methods and techniques consisted of collecting, analyzing, interpreting and understanding documents showing the various stages of organization of actions of indigenous health care in Brazil, its success and failure. The survey results indicate, with strong elements of a strategic development with respect to institutional results after the creation of SESAI, either while strengthening strategy or restructuring of the Subsystem of the Indigenous Healthcare (SASISUS). It is noted also the need for further debate with the indigenous communities and their organizations, as well as in the internal spaces of the MS and state and local governments, whereas SESAI, being an integral part of SUS, needs better integration with these organizations to ensure comprehensive care for indigenous peoples. We conclude that the political strategy was right and proper, but requires the federal government to adopt additional measures to ensure that the various peculiarities of the 305 indigenous peoples to be respected and included and they start to be actors in the process and have better conditions health and life.

Keywords: Public Health; Indigenous Health; Social Control; Health Management.

RESUMEN

Esta tesis tiene como objetivo analizar el proceso social, contexto histórico y político de creación de la SESAI, la identificación de las ideas, intereses, actores e instituciones dependientes del Ministerio de Salud, así como justificar su gestión actual propuesta. La hipótesis central es describir el origen de las ideas de creación de secretaría, la identificación de los actores socio-políticos, propuso la formulación de los participantes y sus intereses, así como señalar la Sesai la institucionalización de iniciativas en el marco del Ministerio de Salud y el gobierno, avances y los desafíos para su consolidación como un fenómeno establecido para fortalecer el subsistema de Cuidado de la Salud y el propio Sistema Único de Salud (SUS). Se trata de una investigación cualitativa, cuyos métodos y técnicas consistido en recopilar, analizar, interpretar y comprender los documentos que muestran las diversas etapas de la organización de acciones de cuidado de la salud indígena en Brasil, su éxito y el fracaso. Los resultados del estudio indican, con fuertes elementos de un desarrollo estratégico con respecto a los resultados institucionales después de la creación de SESAI, ya sea mientras que el fortalecimiento de la estrategia o la reestructuración del subsistema de la Salud Indígena (SASISUS). Parece, sin embargo, la necesidad de ampliar el debate con las comunidades indígenas y sus organizaciones, así como en los espacios internos de los Estados miembros y los gobiernos estatales y locales, mientras que SESAI, siendo una parte integral del SUS, necesita una mejor integración con estos organismos para garantizar la plena atención a los pueblos indígenas. Llegamos a la conclusión de que la estrategia política era correcto y apropiado, pero requiere que el gobierno federal a adoptar medidas adicionales para garantizar que las diversas peculiaridades de los 305 pueblos indígenas sean respetados e incluidos y empiezan a ser actores en el proceso y tienen mejores condiciones la salud y la vida.

Palabras Clave: Salud Pública; Salud indígena; Control social; Gestión de la Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS - Agente Indígena de Saúde
AISAN- Agende Indígena de Saneamento
CASAI- Casa de Saúde Indígena
CIB- Comissão Intergestores Bipartite
CF- Constituição Federal
CIS- Comissão Intersetorial de Saúde
CISI - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CLSI- Conselho Local de Saúde Indígena
CLT- Consolidação das Leis do Trabalho
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CES – Conselho Estadual de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONDISI- Conselho Distrital de Saúde Indígena
CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COSAI- Coordenação de Saúde do Índio
DEOPE- Departamento de Operações
DESAI – Departamento de Saúde Indígena
DSEI- Distrito Sanitário Especial Indígena
EVS- Equipes Volantes de Saúde
FNS- Fundo Nacional de Saúde
FPCONDISI- Fórum de Presidentes do CONDISI
FUNAI- Fundação Nacional do Índio
FUNASA- Fundação Nacional de Saúde
INSI- Instituto Nacional de Saúde Indígena
MS - Ministério da Saúde
PNASPI- Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SASISUS – Subsistema de atenção à Saúde Indígena do SUS
SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SPI- Serviço de Proteção ao Índio
SUS - Sistema Único de Saúde

SUSA- Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

SNT- Sistema Nacional de Tuberculose

UAE- Unidades de Atendimento Especial

SAS- Secretaria de Atenção à Saúde

SASI- Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SASISUS – Subsistema de atenção à Saúde Indígena do SUS

SGTES- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

SPITN- Sistema de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais

UnB - Universidade de Brasília

UNESP- Universidade do Estado de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
COMO ABRIR AS CORTINAS DO TEMPO?	18
A NARRATIVA DO SUJEITO DA PESQUISA: COMPLICENÇA ACADEMIA. 23	
METODOLOGIA	37
RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

APRESENTAÇÃO

Ao longo da história, até a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), fortes e frequentes mudanças na condução e nas estratégias de gestão da saúde indígena no Brasil levaram à fragmentação, como também ao risco, associado às mudanças, das ações e dos serviços enquanto política permanente.

Dentro desse contexto, ressalta-se a necessidade imperiosa em investigar o processo que levou à criação da SESAI e, ainda, dentro dessa lógica, evidenciar os agentes responsáveis por tal feito, como também os fatores inerentes à institucionalidade. O objetivo geral deste trabalho é analisar o processo sócio, histórico e político da criação da SESAI, identificando as ideias, os interesses, atores e a institucionalidade, no âmbito do Ministério da Saúde, como também justificar sua proposta atual de gestão, bem como apontar as iniciativas de institucionalização da SESAI no âmbito do Ministério da Saúde e do governo, os avanços conquistados e os desafios à sua consolidação como fenômeno instituído ao fortalecimento do Subsistema de Atenção à Saúde e ao próprio Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente na atual proposta de gestão que é a instituição do Instituto Nacional de Saúde Indígena.

O referencial teórico levantado nesta dissertação aborda os conceitos estruturais e de processos inerentes ao papel institucional e prescrito na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), aprovada em 2002. Os caminhos metodológicos traçados nesta pesquisa buscam ir ao encontro dos pressupostos legais e éticos estabelecidos legalmente, explícitos nos instrumentos e, conseqüentemente, ao longo das ações práticas e teóricas da pesquisa.

Assim, os resultados e as discussões são apresentados nos artigos intitulados **“Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: trajetória, atores e perspectivas”**, submetido à Revista Interface, vinculada a Universidade do Estado de São Paulo e **“Instituto Nacional de Saúde Indígena: institucionalidade necessária”**, publicado pela Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília (UnB), que buscam por meio dos seus resultados analisados e da discussão da proposta metodológica apresentar o caminho percorrido para consolidação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, como também a estratégia de gestão abordada por ela.

Por último, as considerações finais apontam as ações positivas vinculadas à estratégia política de criação da SESAI no âmbito do Ministério da Saúde, como também sugere críticas sistemáticas no âmbito da gestão na adoção de ações

complementares para assegurar que as diferentes peculiaridades dos 305 povos indígenas possam ser respeitadas e contempladas e eles passem a ser protagonistas do processo e ter melhores condições de saúde e de vida.

COMO ABRIR AS CORTINAS DO TEMPO?

Por muito tempo, buscou-se uma forma de contemplar uma determinada população nas ações e nos serviços de saúde ofertados pelo Estado brasileiro. O que sempre se soube, porém não era observado, é que a mesma população, denominada povos indígenas, é e sempre se fez completamente diferente em organização, distribuição no território nacional, acesso, cultura e modo de vida. Ao longo da história, as discussões de equidade se fizeram fundamentais para o desenvolvimento da saúde desses povos.

A história dessa trajetória, cheia de nós e desembarços, deve ser contada com muita cautela, já que historicamente os interesses nem sempre foram explícitos, de forma que as ações pudessem ser justificadas e, talvez por isso, a maioria delas era enfraquecida até a extinção. Assim, compreende-se que a institucionalização e o fortalecimento do controle social da saúde indígena são peças fundamentais na permanência das ações e manutenção da política que rege o universo da gestão indígena atual.

No passado, as agressões e as tentativas de dizimação dos povos indígenas no início do século XVI contaram com ferramentas diversas, partindo não só através de patologias desencadeadas pelo contato com o homem branco, como também através do processo escravocrata, trabalho forçado, maus tratos, confinamentos e sedentarização compulsória em aldeias e internatos, gerando fortes impactos negativos na autoestima, além de acentuada desestruturação social, econômica e de valores coletivos (LIMA, JÚNIOR, 1998).

A assistência missionária desde o início da colonização não surtiu efeitos visíveis no desenvolvimento da saúde indígena, porém a expansão das fronteiras econômicas para a região centro-oeste, associada à construção de linhas telegráficas e ferrovias no início do século XX, provocou massacres numerosos, elevando tão bruscamente os índices de mortalidade ocasionados por doenças transmissíveis (BRASIL, 2002).

Embora ainda existam resquícios desses pensamentos até os dias atuais, é do século XX a ideia de que os índios eram passíveis de “evolução” e a sociedade os considerasse “num estágio infantil da humanidade” (BRASIL, 2002).

As críticas feitas à primeira organização de governo exemplificam como foram os demais serviços organizados na época, já que o Serviço de Proteção aos Índios (SPI),

segundo Costa (1987), não trouxe avanços à saúde do índio, acontecendo de forma desorganizada e esporádica, restringida a ações emergenciais advindas de surtos epidêmicos.

Nesse cenário de tímidos esforços da gestão pública de saúde às populações indígenas do Brasil, escondia-se por cortinas bordadas pela desigualdade social acentuada nessa população, epidemias e surtos de doenças (BRASIL, 2002). Na década de 50, o Ministério da Saúde, durante o governo Juscelino Kubitschek, em 1956, criou o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado administrativamente ao Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), para prestar assistência às populações indígenas de difícil acesso (COSTA, 1987), mas seus objetivos eram além dos cuidados a tuberculosos, pois se estendia a vacinações, atendimento odontológico, além de ações voltadas a outras doenças transmissíveis (BRASIL, 2002).

A Constituição de 1988 traz consigo o direito à liberdade, ao determinar que o papel do Estado passa, então, da tutela de pessoas para a tutela de direitos, porém não a sensação libertária plena, principalmente no campo da saúde, onde as decisões e aplicações das ações eram determinadas em todos os aspectos de forma verticalizada e sem nenhum tipo de participação popular (BRASIL, 2002).

Não se pretende questionar a benfeitoria que foi e ainda é a Constituição Federal (CF) de 1988. Sem dúvida, a CF foi uma grande demonstração de desenvolvimento e maturidade social na consolidação do regime democrático, uma vez que foram instituídas as bases jurídicas para o reconhecimento dos direitos sociais no Brasil, sendo o direito à saúde como um direito de cidadania uma das mais consagradas conquistas.

A partir da garantia dos direitos positivados no ordenamento jurídico brasileiro por meio da CF de 1988, a expectativa da criação de um sistema universal, equânime, integral, regionalizado e hierarquizado gerou, para a população indígena, uma grande expectativa e o seu atendimento não fora cumprido na ocasião, gerando uma forte frustração em populações que mais uma vez não são reconhecidas nos planos elaborados no campo da saúde no Brasil. Isso não quer dizer que o SUS seja inoperante, mas que não contempla um universo ao mesmo tempo diverso, peculiar (GARNELO, 2012).

Nesse cenário de assistência à saúde indígena, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, assim como em outros contextos históricos anteriores, cada uma, parte das ações de forma fragmentada e conflituosa. Cada uma passou a definir suas pactuações com municípios,

universidades e organizações de forma desordenada, sem a definição de metas claras e objetivas (BRASIL, 2002).

Esse processo de administração mútua se perpetuou até um dos fatos mais marcantes no que diz respeito a ações públicas ser instituído, que foi a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, como componente do SUS (SASISUS), por meio da Lei nº 9.836/99, conhecida popularmente como Lei Arouca por ter sido o deputado Sérgio Arouca o autor do PL que deu origem a essa lei. Entre outras medidas, a lei transferiu as ações de saúde indígena para o Ministério da Saúde (MS) que passou a ser responsável por estabelecer as políticas e diretrizes para promoção, proteção e recuperação da saúde do índio. Nesse mesmo ano, o Decreto 3.156, de 27 de agosto, delegou à FUNASA, uma fundação vinculada ao MS, a competência para execução dessas ações.

A construção e aprovação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), em janeiro de 2002, foi outro marco para a população indígena após a sanção da Lei nº 9.836, amplamente conhecida como Lei Arouca, nome dado para homenagear Sérgio Arouca, pessoa que contribuiu de maneira ampla na formulação dessa Lei (BRASIL, 2009). Essa legislação acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080/90 ao instituir o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, além de integrar a Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990; 2011).

O SASISUS está organizado em uma secretaria, a SESAI, que possui 34 unidades descentralizadas localizadas nas cinco regiões do território brasileiro, em espaços étnico-culturais dinâmicos denominados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), unidades essas que auxiliam na organização dos serviços de saúde, na execução das ações de atenção básica nas aldeias e saneamento básico e edificações em terras indígenas, e no cumprimento das diretrizes da PNASPI, considerando as especificidades de cada povo indígena visando proporcionar um atendimento de qualidade e sem discriminações (BRASIL, 2009).

A Lei Arouca enfatiza no art. 19–F a obrigatoriedade de:

“levar em consideração a realidade local, as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional” (BRASIL, 2011).

Por meio dessa lei, a população indígena deverá ter acesso garantido ao SUS e atenção de saúde em níveis primário, secundário e terciário, em âmbito local, regional e a centros especializados (BRASIL, 1999; 2011).

A Lei nº 9.836/99 que criou o SASISUS também assegura o direito de participação da população indígena nas instâncias e organismos colegiados, como descrito no art. 19–H:

“as populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados 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” (BRASIL, 2011, p. 21).

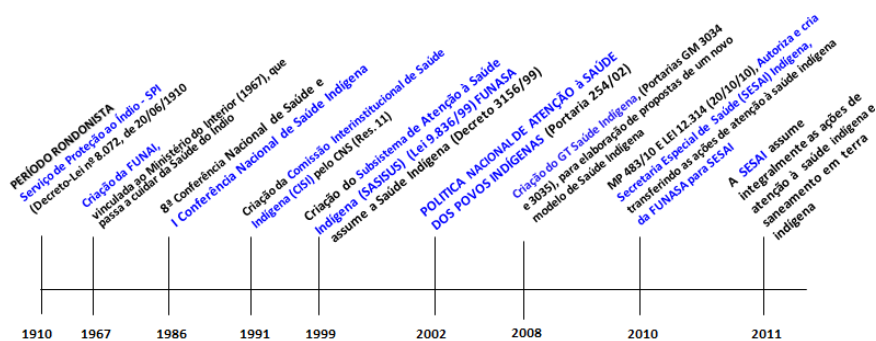
De todas as fragilidades encontradas pela gestão da saúde indígena após a transferência das ações de saúde indígena da Funasa para a SESAI foi a falta de autonomia das unidades descentralizadas de administração localizadas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), a qual foi uma das mais influentes para que fosse sugerida uma mudança no formato proposto inicialmente com a organização do SASISUS.

A mudança tão esperada e reivindicada pelo movimento indígena desde 1986, por ocasião da realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, não veio no modo sugerido, mas num formato que atende as demandas de saúde indicadas pelos movimentos sociais, que representou nesse momento o protagonismo na criação do que seria o órgão responsável por coordenar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), criada pelo Decreto nº 7.336, de 20 de outubro de 2010, que assumiu a missão de gestão do SASISUS e dos DSEI. A SESAI assume, assim, a responsabilidade pela organização e prestação de ações de atenção à saúde e saneamento básico dessas populações, anteriormente realizadas pela FUNASA.

Atualmente, a população geral indígena do Brasil encontra-se em torno de 817.963 habitantes (IBGE, 2010) e destes, 665.750 localizam-se em aldeias (SIASI/MS, 2015), distribuídos em 305 povos que falam 274 línguas (IBGE, 2010). Esses povos estão distribuídos em todos os 26 estados, no Distrito Federal e em 498 municípios, sendo 11% de médio porte (acima de 80 Mil Habitantes) e 50% de pequeno porte

(menos de 20 Mil Habitantes), sendo em 688 terras indígenas e do território geral, onde localizam-se 5.625 aldeias, 60,46% são regularizadas (SIASI/MS, 2015).

Figura1. Linha do tempo da Saúde Indígena no Brasil.



Assim, objetiva-se neste trabalho apresentar mais elementos nessa história, rica em acontecimentos históricos, que justificam a criação da SESAÍ, atual instância responsável por gerir a saúde indígena no Brasil, como também justificar seu modelo de gestão, fortemente imbricado nas ferramentas de controle social, representadas pelos conselhos de saúde indígena, cuja reorganização, reestruturação e fortalecimento se deram após a criação da referida secretaria.

A NARRATIVA DO SUJEITO DA PESQUISA: COM LICENÇA, ACADEMIA.

“Prepare o seu coração, pras coisas que eu vou contar. Eu venho lá do sertão, eu venho lá do sertão. Eu venho lá do sertão e posso não lhe agradar. Aprendi a dizer não, ver a morte sem chorar. E a morte, o destino, tudo, a morte e o destino, tudo. Estava fora do lugar, eu vivo pra consertar.”

(Trecho da música Disparada, canção escrita por Geraldo Vandré e Théó de Barros e interpretada por Jair Rodrigues, acompanhado do Trio Maraiá e do Trio Novo).

Início os relatos que marcaram minha vida com uma das principais composições da época dos festivais de música popular brasileira que foi a vencedora do Festival de Música Popular Brasileira em 1966, dividindo o primeiro lugar com "A Banda" de Chico Buarque de Holanda, quando houve verdadeira "disputa com apostas" em todo o país entre os adeptos de uma e outra composição.

Minha história de vida começa ainda no século passado, mais precisamente na década de 1940 ou anos 40, período compreendido entre 1º de janeiro de 1940 e 31 de dezembro de 1949. Naquela época, os conflitos armados que se iniciaram na década anterior chegam ao extremo, com o holocausto e o seu declínio. Um ataque desferido pelo Japão em Pearl Harbor provoca a entrada dos Estados Unidos na Segunda Guerra Mundial. Os EUA lançam bombas atômicas nas cidades de Hiroshima e Nagasaki, no Japão, matando milhares de civis, precipitando assim o fim da guerra. Hitler comete suicídio e Mussolini é fuzilado. Nessa década também ocorreram os julgamentos de Nuremberg, onde foram julgados 24 criminosos de guerra aliados a Hitler, dos quais 13 foram condenados à morte na forca, três foram absolvidos e os demais condenados a outras penas. Teve início a Guerra Fria, onde aumentaram as tensões diplomáticas entre os Estados Unidos e a União Soviética.

Paracatu, que em tupi significa "rio bom", através da junção dos termos "Pará" ("rio") e "Katu" ("bom"), desde 1586 já era conhecida pelos europeus pela primeira bandeira percorrida pela cidade: a bandeira de Domingos Luis Grau e, posteriormente, outras bandeiras passaram pela região, como as de Antônio Macedo (1590), Domingos Rodrigues (1596), Domingos Fernandes (1599) e Nicolau Barreto (1602-1604). Ele é um dos 853 municípios do Estado de Minas Gerais, situado no noroeste do estado, faz

divisa com o Estado de Goiás e está distante cerca de 200 km de Brasília e 483 km de Belo Horizonte, capital do estado, possui hoje uma população predominantemente urbana, e é uma das cidades históricas de Minas Gerais. Tem em torno de seu território cinco quilombos, os quais ainda preservam sua cultura, considerados uns dos mais ricos do estado.

Na década de 40, as notícias do mundo exterior somente chegavam para as famílias mais abastadas que podiam comprar um rádio, que funcionava a eletricidade se morassem na área urbana, ou a pilha, se morassem na zona rural, pois a televisão somente chegaria ao Brasil em 18/09/1950.

Ali, naquela época, o povo de Paracatu não tinha tido ainda contato com o asfalto, as ruas da cidade eram calçadas com pedras canga, arredondadas, segundo as lendas, todas extraídas dos córregos do município e assentadas pelos escravos que eram numerosos na região. Assim, o acesso às fazendas era feito somente por meio de cavalos, carros de boi ou carroça.

Seu Nelson e Dona Sinhá, meus pais, um casal de lavradores que não sabiam ler nem escrever, moravam na fazenda Lavado, de propriedade do Dr. Antero Santiago, um médico bem sucedido que se formou no Rio de Janeiro, mas como era filho de Paracatu decidiu retornar para trabalhar na sua cidade natal. O destino de todo médico que ia morar no interior era casar, ficar rico, comprar uma fazenda e viver ali até o fim da vida. Dr. Antero era um desses profissionais. E os meus pais, que só tinham aprendido a lidar com animais das fazendas alheias e a plantar a sua rocinha para colher o que precisava para comer, eram agregados daquele médico.

A fazenda Lavado ficava a dois dias de cavalo da cidade, do outro lado do principal rio da região, o rio Paracatu, que deu origem ao nome do município, pertencente à Bacia do São Francisco. A região é relativamente seca, com baixa pluviosidade, porém é muito rica em veredas de buritis, que são as nascentes naturais dos cursos d'água que formam ribeirões e rios.

Em 1948, Dona Sinhá já tinha parido cinco filhos, o primeiro, extraído a fórceps, morreu ao nascer que, segundo relatos da família, foi devido a traumatismo provocado pelo fórceps; era do sexo masculino e ia se chamar Antônio. Os outros quatro foram Benedito, chamado de Dito, já falecido, Maria Luiza, chamada de Piisa, Maria Benedita, a Coroca, sendo que as duas ainda residem em Paracatu e o José, apelidado de Souza, que vive hoje na Ceilândia e trabalha como barbeiro.

Esses cinco partos minha mãe os teve na cidade e todos nasceram na Santa Casa de Paracatu, um estabelecimento de saúde filantrópico que atendia as pessoas carentes da região. Quando a gravidez completava oito meses ela montava no cavalo, atravessava o rio Paracatu de canoa e o cavalo a nado, pernoitava no Pontal, um local semelhante a um porto fluvial e dali seguia no dia seguinte até a cidade. Eram cerca de vinte e quatro horas galopando, montada num cavalo. Após o parto, ela ficava mais um mês na cidade até que a criança ficasse mais “durinha” para voltar para a roça.

No dia 9 de julho, já passados os dias mais frios do inverno, Dona Sinhá pede ao Seu Nelson para chamar a Dona Inês, a parteira da região, pois ela já completara os nove meses da sexta gravidez, começara a sentir as cólicas que iniciavam nas costas e se dirigiam para o baixo ventre e ela já sabia, pelas experiências anteriores, que daquela vez o parto não ia ser demorado.

A experiência adquirida com os cinco partos anteriores, todos assistidos também por parteiras só que em ambiente hospitalar, dava-lhe segurança para, daquela vez, não querer mais ir para a cidade ganhar o seu próximo filho e tê-lo num ambiente mais aconchegante e familiar, mesmo sabendo que as condições materiais da sua casa eram muito mais simples mas repleto de amor.

Assim, por volta das 21 horas daquele dia 9 de julho, num quarto simples da casa coberta de palha de buriti, piso de chão batido, paredes erguidas com paus roliços, amarrados entre si com cipós, capim e barro que lhes davam sustentação e proteção do calor e do frio, numa noite de lua cheia, embalada pelo som das rãs que moravam no brejo circunvizinho, nascia um menino, saudável, que chorou logo ao nascer, e que se chamaria Antônio.

Ninguém ali naquele dia poderia imaginar que aquele menino, nascido num colchão de capim, sob luz de lamparina alimentada com azeite de mamona num pavio feito de algodão do quintal, viria, no futuro, formar-se em medicina e dedicar sua vida profissional trabalhando nos serviços públicos de saúde e a lutar para que todas as gestantes do Brasil pudessem ter a possibilidade de acesso a um parto humanizado, no domicílio ou num hospital, de acordo com a sua opção, e o seu filho poder ser acompanhado, pelo menos durante os primeiros cinco anos de vida, tomando todas as vacinas e, a partir dessa idade poder frequentar uma escola de qualidade e também se formar na profissão escolhida.

Muito menos que um dia ele, já médico formado, receberia uma das missões mais nobres e desafiadoras de sua vida: coordenar a estruturação de um órgão que seria

o responsável pela implementação de uma política construída para resgatar um das maiores dívidas sociais de um país com os seus primeiros habitantes.

Ali passei os meus primeiros seis anos de vida até que minha família se mudasse para outra fazenda, agora de propriedade de um primo distante da minha mãe, a Fazenda Santa Rosa, do Geraldo Pimentel.

A casa onde passamos a morar não era muito diferente daquela do Lavado, mas com uma vantagem a mais: ali existia mais perto, a cerca de duas léguas (12 km) de distância, uma escola rural, administrada pela Dona Dalva, uma senhora obesa, que também era a sua professora e ministrava aula no mesmo horário para os alunos das quatro séries, do primeiro ao quarto ano primário, como era chamado à época, e com uma peculiaridade que me impressionou muito anos depois quando passei a entender melhor a vida: como uma professora sozinha podia dar aulas para as quatro turmas, com disciplinas tão diferentes?

Dona Dalva era como tantas outras professoras que ainda hoje existem por esse Brasil afora e, como verdadeiras heroínas da educação, contribuem para levar o conhecimento a milhares de crianças que como eu irão se formar em medicina ou em outras profissões.

Nessa época, o mundo vivia a década de 1950 que é considerada a época de transição entre o período de guerras da primeira metade do século 20 e o período das revoluções comportamentais e tecnológicas da segunda metade. Nesta época, alguns acontecimentos merecem ser destacados: teve início à chegada da televisão em Portugal e no Brasil; foi considerada a "idade de ouro" do cinema; ocorreu a descoberta científica do ADN (Ácido Desoxirribonucleico, ou DNA); a seleção do Uruguai venceu a copa do mundo de futebol, disputada no Brasil, derrotando a favorita seleção brasileira em 1950; em 1954, a Alemanha Ocidental conquistou a Taça do Mundo pela primeira vez; em 1958, a seleção do Brasil de Futebol ganhou também o seu primeiro título mundial; os anos 50 também são considerados como a Era de Ouro da Televisão; no Brasil, o Congresso Nacional aprovou, no dia 17 de julho de 1951, a lei que considera crime qualquer ato de racismo e pode punir com prisão os infratores; o Presidente Getúlio Vargas sancionou a lei de monopólio do petróleo brasileiro, criando a Petrobras e, no dia 3 de outubro de 1953, cometeu suicídio, com um tiro no coração, em seu quarto, no Palácio do Catete, na cidade do Rio de Janeiro, então capital federal; foi feito em Boston e Paris em 1954 o primeiro transplante de órgão; em 3 de outubro de 1955, Juscelino Kubitschek é eleito presidente do Brasil; a primeira vacina contra

poliomielite, desenvolvida por Jonas Salk, foi introduzida para o público em 1955; em 1º de fevereiro de 1956, o presidente do Brasil, Juscelino Kubitschek, expõe, em seu primeiro dia de governo, um plano desenvolvimentista em que promete fazer o país avançar "50 anos em 5"; a Rússia lança o Sputnik 1 em 1957; surge o Rock N' Roll, nos Estados Unidos, com repercussão mundial, com os cantores Bill Haley, Elvis Presley, Chuck Berry, Chubby Cheker, entre outros; no início da década, as vestimentas receberam influências da moda da década anterior como saias godê e soutiens de bojo; surgiram as calças jeans; no final dessa década, o padrão de beleza é marcado pelo corpo esquelético, baseado na modelo inglesa Twiggy e na atriz Raquel Welch, muito diferente do corpo dos anos 1940, marcado pelas curvaturas corporais das atrizes Marilyn Monroe e Ava Gardner; em 1º de Janeiro de 1959, o ditador Fulgêncio Batista é deposto do governo Cubano e Cuba se transforma num regime comunista sob o comando de Fidel Castro.

Foi nessa década que iniciei os meus estudos na Escola Rural Brocotó, sob a responsabilidade da professora Dona Dalva. Como eu era muito pequeno, tinha apenas 6 anos quando fui matriculado no primeiro ano do ensino primário, e como a escola ficava distante 12 km da nossa casa, meu pai comprou um cavalo chamado Navio para me levar até a escola. O animal era puxado pelos meus irmãos mais velhos que também estudavam no mesmo local. Foi também nessa época que ganhei o Combate, um cachorro vira-lata, de pelos castanhos, alto, esguio e muito dócil. Ele era o meu companheiro nas brincadeiras de criança, correndo nos campos da fazenda, colhendo gabirola e pegando pequi no cerrado.

Foi também nessa época que vivi a minha primeira experiência com a área de saúde. Estava de férias na escola e meu pai ia à outra fazenda de parentes para plantar feijão, pois a terra lá era mais fértil e o resultado esperado da plantação seria bem melhor do que na fazenda Santa Rosa.

Como eu era muito pequeno, a preferência do meu pai era levar o meu irmão Souza porque ele já podia ajudar no plantio, mas insisti tanto que acabei sendo escolhido para ir junto com ele e o Souza então ficaria com os demais irmãos e minha mãe.

Fomos de cavalo, levamos dois dias para chegar à fazenda Faria e no dia seguinte já fomos para a beira do rio onde meu pai iniciou a plantação do feijão.

No retorno para casa à tarde, comemos goiaba que havia em abundância na beira da estrada e à noite já comecei a passar mal: sentia muita dor abdominal, náusea, febre e vômitos.

Vizinha à Fazenda Faria havia outra fazenda cuja dona era irmã de um médico que morava em Paracatu, Dona Candinha, que possuía conhecimentos básicos sobre saúde e doença e tinha uma Picape Studbaker 1951. Ela foi chamada pelo meu pai para me ver.

Ao me examinar usou um procedimento que anos depois, já como cirurgião geral do Hospital de Base de Brasília, eu aplicava (não com o barbante) para auxiliar no diagnóstico de apendicite aguda com peritonite: pega-se um pedaço de barbante, coloca uma ponta na cicatriz umbilical e a outra na parte saliente do osso do quadril chamada crista ilíaca, comprime-se o abdome ao nível do terço externo do barbante (ponto de Mcburney) e retira-se a mão de uma vez. Se a pessoa responder à decompressão com manifestação de dor intensa indica que há indícios de irritação no interior do abdome, o que denominamos na medicina de inflamação do peritônio ou peritonite.

Ao realizar essa manobra e constatar a minha reação imediata de dor (sinal de Mcburney positivo) Dona Candinha afirmou: “esse menino está com apendicite aguda e precisa ser levado imediatamente para a cidade para ser operado”.

Imaginem o que viria a seguir: eu com um quadro de abdome agudo, com peritonite, sendo transportado para a cidade numa picape 1951, muito mais dura do que as picapes que hoje a SESAI disponibiliza para transporte das EMSI e dos pacientes indígenas, em uma estrada que não recebia manutenção periódica, como as que existem ainda hoje para acesso às aldeias.

Esse foi o meu primeiro encontro real com Deus e sou grato a Ele por ter me conduzido àquela fazenda e ali eu desenvolver o quadro de apendicite aguda supurada, próximo de outra fazenda onde a proprietária tinha informações básicas que permitiram ao meu pai uma orientação sobre o que fazer, ali havia um carro que possibilitou o meu transporte até a cidade onde fui operado. Em outros momentos de minha vida Deus também sempre esteve comigo, mesmo quando existiam somente duas pegadas nos caminhos empoeirados da vida porque ali ele me carregava e nunca me abandonou.

Esse episódio também me vem sempre à mente quando, na condição de gestor nacional do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tenho que assinar uma autorização para aquisição de meios de transporte pelos DSEI (compra ou locação) para condução das equipes e dos pacientes indígenas. Esse transporte pode salvar uma vida

como salvou a minha vida naquela época, o que não teria ocorrido se eu tivesse permanecido na fazenda Santa Rosa, local onde minha família não tinha acesso a nenhum meio de transporte a não ser o cavalo, que levava dois dias para chegar à cidade.

Também foi nessa data que, pela primeira vez, conheci uma cidade, energia elétrica e um estabelecimento de saúde, a Unidade Mista de Saúde da Fundação SESP (FSESP), vinculada ao Ministério da Saúde, onde fui submetido a tratamento cirúrgico para retirada do apêndice.

A década de 1960 representou para mim o início de uma mudança radical de vida. Minha família mudou da fazenda Santa Rosa para um local chamado Charqueada, um aglomerado de casas localizado a cerca de 30 km de Paracatu. Esse nome foi porque ali eram abatidos bois e a sua carne era transformada em charque que era encaminhado para outras partes do país.

Ali frequentei outra escola rural, mas por pouco tempo, pois em seguida mudamos para Paracatu, Bairro do Santana, onde comecei a jogar futebol, no time infantil com o mesmo nome do bairro onde, anos mais tarde, cheguei no time titular e pude realizar vários jogos defendendo aquela camisa vermelha.

Da escola rural fui para o Grupo Escolar Afonso Arinos, uma escola pública, com ensino de alta qualidade em que frequentavam alunos de origem humilde como a minha, mas também os filhos de pessoas das classes sociais A, B e C. O ensino em Paracatu era predominantemente público, existindo apenas um colégio de freiras que era usado em regime de internato por meninas filhas de pais que moravam nas fazendas. Ali cursei o quarto ano primário, no turno da manhã. À tarde, eu ficava no Salão São Jorge, do meu irmão Dito, e engraxava os sapatos dos clientes que iam cortar os seus cabelos, ganhando assim uns trocados que me ajudavam a comprar os materiais escolares, alguma roupa e até para ir a matinê nos domingos à tarde para assistir os seriados de Zorro, Jerônimo - o Herói do Sertão, Tarzan, Búfalo Bill e tantos outros que eram exibidos somente aos domingos.

Ali eu não entendia por que o Búfalo Bill, um homem branco carrancudo, sempre vencia os índios, tão bonitos e cheios de vida? Anos depois, já na universidade, vim compreender que a política de extermínio dos povos originários era uma demonstração de força dos colonizadores que passavam a mensagem de que os índios, seres inferiores, não podiam atrapalhar o desenvolvimento econômico de um país.

Eu aproveitava aquelas sessões para trocar as revistinhas dos meus heróis preferidos com as outras crianças que frequentavam o cinema, vários meninos de classe média e alta que podiam comprar revistas novas toda vez que eram lançadas no mercado.

Concluído o quarto ano, eu tive que fazer o exame de admissão para cursar o quinto ano, que era como um “vestibular” para entrar no ginásio no ano seguinte, onde pude iniciar o meu gosto pela leitura graças à professora de geografia e história, Dona Márcia Meireles, que nos obrigava a ler autores nacionais e estrangeiros, fazer o resumo dos livros e, por meio de sorteios, apresentar a síntese dos livros para os colegas numa exposição oral. Foi nessa época que pude ler obras de Dostoiévski, León Tolstoi, Herman Hesse, Victor Hugo, José de Alencar, Olavo Bilac, Guimarães Rosa, Castro Alves, dentre outros.

No ginásio, foram quatro anos de muito aprendizado, novas amizades, desenvolvimento do gosto pela ciência, matemática e pelo português, além de ter aprendido a fazer uso da oratória como instrumento de comunicação e desinibição.

Quando cursava a quarta série ginásial o meu irmão Dito conseguiu um emprego para mim na Farmácia Nossa Senhora da Abadia, onde tive o primeiro contato com uma ação de saúde propriamente dita: a dispensação de medicamentos.

Ali aprendi a decifrar a letra dos médicos, algumas vezes verdadeiros hieróglifos, decorei várias fórmulas de medicamentos como dimetilaminofenil dimetilpirazolona, da antiga cibalena hoje espasmo-cibalgina, aprendi para que servia vários produtos farmacêuticos ao ponto de até discutir com os médicos a possibilidade de substituição do mesmo quando não tinha o remédio prescrito na receita na farmácia que passei a ser o responsável no período noturno até às 21 horas quando eu a fechava.

Aquele trabalho na farmácia com certeza me ajudou na decisão futura de cursar medicina. Foram tempos marcantes na minha vida moral, ética, intelectual e social.

Concluído o ginásio, veio a grande preocupação, como prosseguir nos estudos se em Paracatu não existia o curso científico e eu queria continuar estudando e um dia me formar numa universidade?

Felizmente, uma decisão do governo de Minas Gerais à época fez com que se iniciasse o curso científico no Colégio Estadual Antônio Carlos e eu pude continuar com os meus estudos, mas foi somente um ano e meio, pois o curso estava ainda em processo de estruturação, faltavam professores qualificados e decidi então me mudar para Goiânia, onde morava uma tia, e continuar ali o segundo ano científico no Colégio

Estadual Pedro Gomes, localizado em Campinas, um bairro daquela capital, onde fiquei até dezembro de 1967, quando então me mudei para Brasília, comecei a trabalhar no Banco de Brasília, do grupo do Banco Nacional de Magalhães Pinto e concluí o terceiro ano científico no Colégio Elefante Branco, do GDF, em 1968.

A minha mudança para Goiânia, no mês de julho de 1967, foi um dos momentos mais tristes da minha vida. Era um dia chuvoso e frio. Despedi de minha mãe, meu pai e meus irmãos com o peito apertado, pois era a primeira vez que eu saía de casa para um lugar tão longe e desconhecido. Subi na boleia do caminhão Mercedes Benz, carregado de telha, do Zequinha, cunhado do meu irmão Dito, e partimos para Brasília, de onde eu teria que comprar uma passagem de ônibus e ir sozinho para a capital goiana. Foi uma das viagens mais longas e tristes que eu já fiz na vida, embora tivesse percorrido apenas 200 quilômetros até o DF.

Naquela época, o Brasil já vivia sob a ditadura militar iniciada a partir do golpe de 31 de março de 1964 que depôs o presidente João Goulart e assumiu a presidência uma junta que em seguida nomeou o Marechal Humberto Castelo Branco para ser presidente do Brasil depois de sua aprovação pelo Congresso Nacional, regime esse que duraria 21 anos, até 1985.

Quantas vezes eu saía do banco às 18 horas onde trabalhava, localizado na Av. W3 Sul, Quadra 503, para ir para o Elefante Branco onde eu estudava à noite, localizado na Av. W4 Sul, Quadra 908, e me deparava com os tanques de guerra do exército na avenida, centenas de militares, presença de bombas de gás lacrimogêneo, polícia montada e cães ferozes se confrontando com os estudantes que reagiam e não aceitavam aquele regime e buscavam fazer a resistência.

No mundo, a década de 60 contribuiu com a realização de projetos culturais e ideológicos alternativos que haviam sido iniciados nos anos 50 e que foram marcados por uma crise no moralismo presente na sociedade de então. Destacam-se também os movimentos de cinema e de teatro de vanguarda que também se davam no Brasil.

Nessa década, podemos destacar alguns fatos marcantes: o idealismo e entusiasmo no espírito de luta do povo; começavam as experiências com o uso de drogas; o início da revolução sexual; os protestos da juventude contra os governos antidemocráticos; o aparecimento da banda dos Beatles que reinou toda essa década; o surgimento do feminismo e os movimentos civis em favor dos negros e homossexuais; o Papa João XXIII abriu o Concílio Vaticano II e revolucionou a Igreja Católica; surgiram os movimentos hippies protestando contra a Guerra Fria, a Guerra do Vietnã e o

racionalismo, chamado de movimento da contracultura; ocorreu também a Revolução Cubana na América Latina, em que Fidel Castro assumiu o poder.

Entretanto, foi nessa década que os países ricos atingiram grande prosperidade, como mostra o aumento do consumo de TV nos EUA, em 1960.

Foi também nessa década que o compositor e cantor Geraldo Vandré compôs músicas como “Disparada” e “Pra Não Dizer Que Não Falei de Flores”, esta última considerada o hino da resistência contra a ditadura militar.

Em "Disparada", Vandré faz uma brilhante comparação entre a exploração das classes sociais pobres pelas mais ricas e a exploração das boiadas pelos boiadeiros, ao apontar a maneira de se lidar com gado e se lidar com gente.

"Pra Não Dizer Que Não Falei de Flores", canção escrita e interpretada por Geraldo Vandré, foi classificada em segundo lugar no Festival Internacional da Canção de 1968 e teve sua execução proibida durante anos, após tornar-se um hino de resistência do movimento civil e estudantil que fazia oposição à ditadura militar brasileira, e ser censurada. Segundo se comenta ainda hoje, havia uma determinação da direção da rede Globo para que essa música não fosse vencedora do festival.

*Caminhando e Cantando e seguindo a canção
Somos todos iguais braços dados ou não
Nas escolas, nas ruas, campos, construções
Caminhando e Cantando e seguindo a canção*

*Vem, vamos embora que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora não espera acontecer
Vem, vamos embora que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora não espera acontecer*

*Pelos campos a fome em grandes plantações
Pelas ruas marchando indecisos cordoes
Ainda fazem da flor seu mais forte refrão
E acreditam nas flores vencendo o canhão*

*Há soldados armados, amados ou não
Quase todos perdidos de armas na mão
Nos quartéis lhes ensinam uma antiga lição*

De morrer pela pátria e viver sem razão

Nas escolas, nas ruas, campos, construções

Somos todos soldados armados ou não

Caminhando e cantando e seguindo a canção

Somos todos iguais braços dados ou não

Os amores na mente, as flores no chão

A certeza na frente, a história na mão

Caminhando e cantando e seguindo a canção

Aprendendo e ensinando uma nova lição

(Pra não dizer que não falei das flores” de Geraldo Vandré).

No final da década de 60, eu concluí o curso científico, ainda sem muita base para enfrentar um vestibular que eu nem sabia o que era e como era feito e me inscrevi na prova em 1969 para concorrer a uma vaga no curso de engenharia civil. Fui reprovado, mas aprendi como era feita a seleção e comecei a me preparar para o próximo vestibular, frequentando o Cursinho Pré Universitário, dos professores César, Aluísio e Braga, localizado na Av. W3 Sul, Quadra 506, próximo de onde eu trabalhava.

Assim, durante os doze meses de 1969 eu trabalhei no banco do meio dia até às 18 horas, frequentava as aulas das 19 horas até às 23 horas, retornava para o banco e fazia a compensação dos cheques dos clientes que eram depositados em outros bancos até às 3 horas da manhã. No período da manhã, das 7 horas até às 11 horas, de segunda a segunda, eu realizava os meus estudos na república do banco onde morava. Resultado final: em janeiro de 1970 fui aprovado no vestibular da UnB para medicina e inicio o curso em março, vindo a me formar em dezembro de 1975, iniciando outra luta para me manter, já que não consegui continuar no emprego do banco e meus pais não tinham condições financeiras para me ajudar.

Mas como Deus nunca me abandonou, logo consegui uma vaga no alojamento chamado Casinhas, um contrato como bolsista na universidade para trabalhar nos horários do almoço e jantar no restaurante universitário, o que me permitia frequentar as aulas, alimentar, ter um lugar para dormir e ainda ter tempo para estudar. Essa rotina durou até que um dia, por um desses acasos do destino, conheço um médico que operava no Hospital Santa Lúcia, Dr. Mendonça, ortopedista, que conseguiu uma vaga

para mim como estudante residente, passando então a morar naquele hospital, ter direito a alimentação, roupa lavada e ainda acompanhar os médicos que lá trabalhavam na especialidade que eu me interessasse, época em que pude adquirir o máximo de conhecimento em várias especialidades me preparando para voltar para Paracatu.

Fiquei naquele hospital até iniciar a minha residência em cirurgia geral, no Hospital de Base de Brasília, concluída em 1977, mas, porém, antes de concluí-la participei de dois concursos realizados pelo antigo DASP, do governo federal, fui aprovado nos dois, mas fui chamado para tomar posse somente no cargo de médico do trabalho, tendo sido lotado na Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho, e depois Delegacia Regional do Trabalho, ambas do Ministério do Trabalho, onde permaneci até me aposentar em 2006. Com isso, o meu plano de voltar para Paracatu foi abandonado e logo fui aprovado também no concurso para o cargo de cirurgião geral da Fundação Hospitalar do DF, órgão da Secretaria de Estado da Saúde, do Governo do Distrito Federal, sendo lotado inicialmente no Hospital Regional do Gama em 1979 e depois transferido para o Hospital de Base de Brasília, onde permaneci também até me aposentar em 2006.

No Ministério do Trabalho, tive a oportunidade de participar ativamente da elaboração das Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho (NR), que regulamenta o Capítulo V, da CLT, e também da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em março de 1986, fazer parte da Comissão Nacional da Reforma Sanitária que percorreu o país naquele mesmo ano debatendo com os candidatos à Assembleia Nacional Constituinte que se instalaria em 1987, as propostas aprovadas na 8ª CNS e que serviriam de base para o debate ocorrido nos anos de 1987 e 1988, por ocasião do processo constituinte, o qual culminou com a aprovação dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988, criando o Sistema Único de Saúde e as suas diretrizes.

Em 1986, assumi o cargo de Secretário de Segurança e Medicina do Trabalho, do Ministério do Trabalho, sob o comando da Ministra do Trabalho Dorotheia Werneck, tendo permanecido naquele ministério até a posse do então presidente Fernando Collor de Melo. E em 1995, participei do governo de Cristovam Buarque no DF onde assumi o cargo de Secretário Adjunto de Saúde, e tive a oportunidade de implantar o Programa Saúde em Casa com 282 equipes, incluindo cirurgiões dentistas, técnicos de higiene dental e Auxiliares de Consultório Dentário, uma das melhores experiências minhas em saúde pública.

Em 1990, participei, como representante do Ministério do Trabalho, da elaboração da Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 que regulamentaram o capítulo da saúde da Constituição.

Em 2003, com a vitória de Luiz Inácio Lula da Silva para a presidência da República, inicio minha trajetória profissional no Ministério da Saúde, ocupando os cargos de chefe de gabinete do ministro Humberto Costa, secretário-executivo e secretário de gestão estratégica e participativa.

Em 2008, o ministro José Gomes Temporão pretendia dividir a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) em duas secretarias. Uma que cuidasse das ações de alta e média complexidade, atenção especializada, urgência e emergência e transplante de órgãos e outra que cuidasse da atenção básica, promoção da saúde e prevenção de doenças e também das ações de saúde indígena.

A Exposição de Motivos que encaminhou o Projeto de Lei ao Congresso Nacional mencionava que a atenção à saúde dos povos indígenas ficaria sob a responsabilidade de um departamento a ser organizado no âmbito da secretaria de promoção da saúde e de atenção básica a ser efetivada com a divisão da SAS, obedecendo a uma determinação do presidente Lula quando se reuniu com os membros indígenas na Comissão Nacional de Política Indigenista – CNPI e solicitou ao ministro Temporão e ao então presidente da Funasa, Danilo Fortes, que resolvessem a situação da saúde dos povos indígenas que sempre que encontravam com ele reivindicavam melhoria nas ações de saúde indígena.

Foi criado então pelo ministro um GT, constituído somente de representantes do governo, para discutir a transição das ações de saúde indígena da Funasa para o MS.

Os indígenas se rebelaram, não concordaram com esse encaminhamento, e reivindicaram a participação nas discussões, levando o ministro a revogar a portaria que criou o GT integrado somente com representantes não indígenas e criar outro GT Saúde Indígena, composto de 26 membros titulares, sendo que 19 deles eram representantes indígenas e 9 não indígenas, ocasião em que recebi a missão do então ministro José Gomes Temporão, em dezembro de 2008, para coordenar o Grupo de Trabalho de Saúde Indígena, responsável pela elaboração da proposta de criação, no âmbito do Ministério da Saúde, de uma secretaria que assumisse a coordenação da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, o que ocorreu em 20 de outubro de 2010, após intensos debates com os movimentos indígenas, conselheiros de saúde indígena, organizações indigenistas, trabalhadores da saúde indígena, universidades, dia em que

também fui nomeado como secretário especial de saúde indígena, cargo que ocupo até o presente momento.

Concluído o trabalho, que contou com a colaboração de vários subgrupos e após a realização de seminários regionais, o presidente Lula assinou a Medida Provisória nº 483, de 24/03/2010, que autorizava o governo a criar, no âmbito do Ministério da Saúde, mais uma secretaria que viria a assumir a competência até então da Funasa de coordenar a execução das ações de atenção à saúde indígena e de saneamento básico em aldeias. A MP foi convertida na Lei nº 12.314, de 19/08/2010, a qual foi regulamentada pelo Decreto nº 7.336, de 19/10/2010, criando oficialmente a Secretaria Especial de Saúde Indígena, cuja estrutura regimental está atualmente regulamentada pelo Decreto nº 8.065, de 07/08/2013.

De 2010 até 2015 buscou-se estruturar a SESAI e os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do ponto de vista da infraestrutura, dos recursos humanos, da logística, da reestruturação dos conselhos de saúde com o fortalecimento das instâncias de controle social, do saneamento básico e das edificações, podendo-se constatar avanços nas diferentes áreas de atuação, mas também inúmeros desafios que continuarão exigindo esforços permanentes para sua superação.

A criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI), após a aprovação do Projeto de Lei nº 3.501/2015, encaminhado ao Congresso Nacional pela presidenta Dilma Rousseff em novembro de 2015, contribuirá, na minha avaliação, com o aperfeiçoamento do modelo de governança da saúde indígena, possibilitando a participação de representantes das organizações indígenas no seu conselho de administração e consolidará uma das maiores conquistas dos povos indígenas que foi a o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e a SESAI.

METODOLOGIA

O presente estudo é fundamentado na pesquisa qualitativa com metodologia previamente determinada. A metodologia serve como caminho para a realização de qualquer estudo. Segundo Cervo e Bervian (1996), método ou metodologia é a ordem que se deve impor aos diferentes processos necessários para atingir um fim dado ou um resultado desejado.

O presente estudo se propôs a realizar um mapeamento no acervo documental da Secretaria Especial de Saúde Indígena. Quanto aos procedimentos técnicos, constitui-se em um trabalho documental, no qual se adotou o método descritivo de pesquisa. Trata-se de um estudo descritivo baseado em uma revisão da literatura científica, na qual foram utilizadas as seguintes etapas: estabelecimento do objetivo da revisão, definição dos critérios para a seleção da amostra de estudos, definição das informações a serem extraídas dos documentos selecionados, análise dos resultados, apresentação e discussão dos resultados. A amostra considerada foram atas, relatórios, artigos científicos, políticas, planos, projetos e registros oriundos do levantamento bibliográfico realizado para condução do estudo.

O fenômeno pesquisado pode ser considerado, no âmbito dos documentos analisados, o processo pelo qual a Secretaria Especial de Saúde Indígena foi criada, como também a forma que se dá suas estratégias de gestão. Quanto à abordagem da pesquisa, o estudo adota uma abordagem qualitativa. Qualitativa, por se fazer uma análise descritiva e crítica sobre os caminhos percorridos e as ações desempenhadas pelos agentes responsáveis pela saúde pública no Brasil até os dias atuais, incluindo a própria SESAI, construindo uma narrativa histórica embasada nas experiências e vivências do pesquisador em parte dos processos descritos, através das memórias e resgastes. Para que os objetivos fossem atendidos foram produzidos dois artigos científicos, submetidos a revistas de alto impacto nacional e internacional, com classificação no Qualis Capes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Artigo 1 – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: trajetória, atores e perspectivas.

Para atender ao Objetivo Específico “analisar o processo sócio, histórico e político da criação da SESAI, identificando as ideias, os interesses, atores e a institucionalidade”.

Submetido à revista Interface em 17 de julho de 2015. B1 estrato Saúde Coletiva.

Prezado (a) Dr. Alves de Souza

Seu manuscrito intitulado “POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS: TRAJETÓRIA, ATORES E PERSPECTIVAS.” foi submetido com sucesso e será encaminhado para avaliação, visando à sua publicação em Interface – Comunicação, Saúde, Educação.

O ID do manuscrito é ICSE-2015-0540 e deverá ser mencionado em toda correspondência enviada para a revista ou em contato com a Interface.

Se houver mudança em seu endereço postal e/ou endereço eletrônico, por favor, acesse ScholarOne Manuscripts no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e faça a atualização de seus dados cadastrais. Enfatizamos a importância de manter também os demais dados do seu perfil atualizados, principalmente as palavras-chave referentes à sua (s) área (s) de conhecimento.

Por motivo de férias coletivas, as submissões recebidas no período de 1 a 31 de julho de 2015, só serão analisadas a partir de 1 de agosto de 2015.

Você pode acompanhar o status do seu manuscrito clicando em Author Center depois de acessar <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

Agradecendo pela submissão em Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Atenciosamente,

Antonio Pithon Cyrino
Lilia Blima Schraiber
Miriam Foresti
Editores

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: trajetória, atores e perspectivas.

NATIONAL POLICY OF HEALTH CARE OF INDIGENOUS PEOPLES: PATH, ACTORS AND PROSPECTS.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS: PATH, ACTORES Y PERSPECTIVAS.

Antônio Alves de Souza¹
Bianca Coelho Moura²
Edson Oliveira Pereira³
Maria Fátima de Sousa⁴
Ana Valéria M. Mendonça⁵

RESUMO

O presente ensaio teórico tem por objetivo analisar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, tendo como referência uma matriz analítica utilizada na disciplina de Políticas Públicas de Saúde, do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília. Trata de sua historicidade e descreve a trajetória de saúde dos povos indígenas, identificando seus sujeitos e traçando perspectivas futuras no campo da saúde. Os processos de colonização e enfrentamento dos indígenas levaram ao desaparecimento de muitos povos, porém ainda existe em ascensão um grande número diverso de indígenas que representam 2% dos brasileiros e em alguns municípios se constitui maioria. Ao final, são apresentados subsídios para compreensão da Política, além de promover uma reflexão teórica quanto à evolução da assistência através das diversas políticas e ações públicas de saúde aos povos indígenas.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da População Indígena. Políticas Públicas de Saúde. Saúde Pública. Saúde Indígena.

ABSTRACT

This theoretical essay aims to examine the National Policy for Health Care of Indigenous Peoples, with reference to an analytical matrix used in the discipline of Public Health Policy, the Graduate Program in Public Health at the University of Brasilia. It comes to its historicity and describes the health history of indigenous peoples, identifying their subjects and plotting future prospects in the health field. Colonization processes and addressing the indigenous led to the disappearance of many people , but there is still rising a large number of diverse indigenous representing 2 % of Brazilians and some municipalities constitutes majority. In the end, subsidies are given to understand the policy, and promote a theoretical reflection about the evolution of assistance through the various policies and public health actions to indigenous peoples.

KEY WORDS: Indigenous Health. Health Public Policy. Public Health. Indigenous health.

¹ Mestrando em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB). Médico, Secretário especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde. E-mail: antonioalves@saude.gov.br.

² Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB).

³ Mestrando em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB).

⁴ Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB). E-mail: fatimasousa@unb.br

⁵ Doutora em Ciências da Informação. Professora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde (UnB). E-mail: valeriamendonca@gmail.com

RESUMEN:

Este ensayo teórico tiene como objetivo examinar la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas, con referencia a una matriz de análisis utilizado en la disciplina de la Política de Salud Pública, el Programa de Posgrado en Salud Pública de la Universidad de Brasilia. Se trata de su historicidad y describe la historia de la salud de los pueblos indígenas, la identificación de sus temas y trazar perspectivas de futuro en el campo de la salud. Hay un gran aumento en el número de indígenas que actualmente representan el 2% de los brasileños y algunos municipios constituyen mayoría. Al final, las subvenciones se dan a entender la política, y promover una reflexión teórica sobre la evolución de la asistencia a través de las distintas políticas y acciones de salud pública para los pueblos indígenas.

PALABRAS CLAVE: Salud de los Pueblos Indígenas. Políticas Públicas de Salud. Salud Pública. Salud indígena.

ORIGEM DA SAÚDE INDÍGENA: UM PERCURSO DE CICATRIZES

A aprovação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) ¹ por meio da Portaria nº 254 ¹⁶, de 31 de janeiro de 2002, do Ministério da Saúde, representa, sem dúvidas, um grande avanço no que diz respeito à saúde indígena, valorização da diversidade cultural e, ainda, à promoção da cidadania desses povos, assim como comprova a crescente obtenção de direitos por parte dessas comunidades e o inegável aumento da visibilidade dessa população. Porém, não foi uma trajetória fácil e recente, pois esses povos se apresentam como sobreviventes a processos que os expuseram a condições de muita vulnerabilidade, a exemplo das epidemias de doenças infecciosas provocadas pelo modo de vida imposto pela colonização e cristianização.

As agressões e as tentativas de dizimação dos povos indígenas no início do século XVI contaram com ferramentas diversas, partindo não só através de patologias desencadeadas pelo contato com o homem branco, como também através do processo escravocrata, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeias e internatos, gerando fortes impactos negativos na autoestima, além de acentuada desestruturação social, econômica e de valores coletivos ².

O fato desses eventos possuírem registros datados em períodos tão remotos não exclui a possibilidade de repetições atuais, mesmo que em proporções minimizadas, pois “até hoje há situações regionais de conflito, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional”³. Esses conflitos baseiam-se em interesses econômicos, concernentes a posse de terras, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento.

A assistência missionária desde o início da colonização não surtiu efeitos visíveis no desenvolvimento da saúde indígena, porém a expansão das fronteiras

econômicas para a região centro-oeste, associada à construção de linhas telegráficas e ferrovias no início do século XX provocou massacres numerosos, elevando tão bruscamente os índices de mortalidade ocasionados por doenças transmissíveis.

Com o objetivo de reproduzir o poder do Estado, através de uma política focada no controle e domínio sobre os nativos, já que naquele momento eles apresentavam sérias ameaças pelos conflitos ocasionados no contato com os não indígenas, foi instituído em 1910 o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPITN), vinculado ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio ^{2 3}, que em 1942, por meio do Decreto nº 10.652, de 16 de outubro, passou por reestruturações, passando a se chamar Serviço de Proteção aos Índios (SPI), ainda vinculado ao Ministério da Agricultura.

A ideia de que os índios eram passíveis de “evolução” e a sociedade os considerasse “num estágio infantil da humanidade” ¹ contribuiu para que uma política indigenista começasse a ser esboçada por meio de projetos educacionais e agrícolas. Entretanto, essas tentativas de integração dos índios na sociedade nacional foram fracassadas devido aos conflitos de interesses existentes, acarretando à população indígena mais destruições, como “perdas territoriais e de condições de vida, e desrespeito aos direitos à diferença étnica” ⁴.

O Serviço de Proteção aos Índios não trouxe avanços à saúde do índio, acontecendo de forma desorganizada e esporádica, restringida a ações emergenciais advindas de surtos epidêmicos ¹⁻⁵. Em uma análise sistemática das ações do SPI, Ribeiro alega que o fato positivo de ter evitado que tribos fossem extintas, não fez com que o sistema tenha sido ideal, já que a pacificação das tribos hostis ocasionada pelo SPI gerou a “disseminação da fome, de doenças, da desintegração, tornando os índios parte do grupo mais miserável dos segmentos marginais da sociedade” ⁶.

Enquanto as epidemias só aumentavam, na década de 50 o Ministério da Saúde, durante o governo Juscelino Kubitschek, em 1956, criou o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado administrativamente ao Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), para prestar assistência às populações indígenas de difícil acesso ⁵, mas seus objetivos eram além dos cuidados a tuberculosos, pois se estendia a vacinações, atendimento odontológico, além de ações voltadas a outras doenças transmissíveis ¹. Os índios de maior contato com a sociedade nacional foram privados dos serviços prestados pelo SUSA ⁷.

Com a chegada dos militares ao poder, em 1964, a concepção do índio como obstáculo para o desenvolvimento do país foi retomada ⁴, quando então o SPI se tornava cada vez mais frágil. O modelo do SUSA inspirou a criação das Equipes Volantes de Saúde (EVS), quando em 1967 o SPI foi extinto, dando lugar à criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). As EVS realizavam atendimentos esporádicos de assistência médica, aplicação de vacinas e supervisionando o trabalho das equipes locais, geralmente compostas por auxiliares ou atendentes de enfermagem na comunidade de sua jurisdição ¹. Enquanto isso, o SUSA, rebatizado em 1968 com o nome de Unidade de Atendimento Especial (UAE), restringia a assistência apenas às pessoas portadoras de tuberculose.

Entretanto, esse sistema manteve-se concentrado em ações assistenciais esporádicas e individuais, não evoluindo de forma que se adequasse a um modelo eficaz, sendo seus principais problemas voltados ao despreparo dos profissionais de saúde, à falta de recursos, carência e lacuna de gestão coordenada dos serviços ⁵. Garnelo et. al. ⁸ destacam que a FUNAI, ao longo de décadas de atuação, sempre se distanciou das discussões a respeito da ausência de sistemas locais de saúde, capazes de prestar assistência às necessidades sanitárias dos povos indígenas, ou seja, sistemas em que se ofereçam serviços regulares, contínuos e sistematizados, focados nos cuidados primários à saúde e na prevenção de agravos.

Como prova da desestruturação de suas ações, as EVS, com o passar do tempo, foram se fixando em centros urbanos e sua assistência nas aldeias diminuiu até não mais existir, transformando de forma negativa o cenário das comunidades, que passou a ser marcado pela assistência prestada por pessoas sem qualificação ¹.

DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição Federal (CF), aprovada em 1988, estabeleceu um novo tratamento aos povos indígenas, reconhecendo e respeitando sua identidade cultural como própria e diferenciada (organização social, costumes, línguas, crenças e tradições), assegurando o direito de permanecerem na condição de sua origem e explícita como direito originário o usufruto das terras que tradicionalmente ocupam ⁴. O papel do Estado passa, então, da tutela de pessoas para a tutela de direitos.

Sem dúvidas, a Constituição Federal de 1988 foi uma grande demonstração de desenvolvimento e maturidade social na consolidação do regime democrático, uma vez que instituiu as bases jurídicas para o reconhecimento dos direitos sociais no Brasil. O

direito à saúde como um direito de cidadania foi uma das mais consagradas conquistas, e o dever do Estado em assegurar o exercício desse direito foi talvez um dos maiores desafios aprovados pela CF, tendo como princípios a universalidade, integralidade e equidade. O fato de a CF reconhecer e respeitar as diversidades culturais e ainda estipular proteção territorial Langdon ⁷ a considera como um dos documentos legais mais avançados com relação à temática indígena.

A mobilização através do movimento indígena, organizações não governamentais ligadas às questões indígenas, universidades e igrejas, entre 1970 e 1980, foi decisiva na inclusão de direitos indígenas na CF ⁴. Assim, aprovada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, aconteceu, em 1986, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, proposta que se repetiu na 9ª Conferência Nacional de Saúde quando aprovou novamente a realização da II Conferência Nacional de Saúde para Povos Indígenas, ocorrida em 1993.

A partir de reivindicações indígenas debatidas e aprovadas nessas duas conferências para criação de um sistema de saúde específico e universal que lhes garantisse a participação nos processos decisórios de planejamento, execução e avaliação de ações e atividades ⁴, foi proposta a estruturação de um modelo de atenção diferenciado, baseado em uma estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), como instrumento de garantia de acesso baseado na universalidade e integralidade propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), capazes de atender as especificidades existentes nas comunidades e ainda de integrar a população indígena nos processos de planejamento, execução e avaliação no que diz respeito às ações de interesse da comunidade.

Garnelo⁹ critica o formato original como o Sistema Único de Saúde se organizava, já que a população indígena não representava uma de suas prioridades. Como justificativa disso, alegou-se que na época a assistência à saúde dessa população era responsabilidade do órgão indigenista. Mas um ano após a regulamentação do SUS, em 1991, é publicado o Decreto Presidencial nº 23, que transfere para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos índios ¹.

Esse mesmo decreto instituiu a estratégia de Distrito Sanitário Especial Indígena como novo padrão de organização dos serviços de saúde, criando então no Ministério da Saúde a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), vinculada ao Departamento de Operações (DEOPE) da Fundação Nacional de Saúde (FNS), com o objetivo de implementar esse novo modelo de saúde indígena. Ainda nesse mesmo ano, o Conselho

Nacional de Saúde (CNS) criou a Comissão Interinstitucional de Saúde Indígena (CISI) para assessorá-lo na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Opostamente a esse processo de construção da política de saúde da população indígena, em 1994, por meio de decreto presidencial, é constituída a Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), envolvendo a participação de vários ministérios relacionados à saúde indígena, sob a coordenação da FUNAI.

A CIS aprovou, por intermédio da Resolução nº 2, de outubro de 1994, o Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio, que atribuiu ao órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade pela recuperação da saúde dos índios, e ao Ministério da Saúde, a responsabilidade pela prevenção, por meio de ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias ¹.

Nesse cenário, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, assim como em outros contextos históricos anteriores, cada uma, parte das ações de forma fragmentada e conflituosa. Cada uma passou a definir suas pactuações com municípios, universidades e organizações de forma desordenada, sem a definição de metas claras e objetivas ¹.

SAÚDE INDÍGENA A PARTIR DO SASISUS

De todas as conquistas já alcançadas no campo da saúde indígena, um dos fatos mais marcantes no que diz respeito a ações públicas foi a instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), como componente do SUS (SASISUS), através da Lei nº 9.836/99, conhecida popularmente como Lei Arouca por ter sido o deputado Sérgio Arouca o autor do PL que deu origem a essa lei. Entre outras medidas, a lei transferiu as ações de saúde indígena para o Ministério da Saúde (MS) que passou a ser responsável por estabelecer as políticas e diretrizes para promoção, proteção e recuperação da saúde do índio. Nesse mesmo ano, o Decreto 3.156, de 27 de agosto, delegou à FUNASA, uma fundação vinculada ao MS, a competência para execução dessas ações.

Em um cenário de descentralização do SUS e sua aproximação com as diversas realidades sociais, políticas e administrativas nos estados e municípios brasileiros, o SASISUS, em sua prática, traça caminhos completamente distintos e coube à FUNASA a implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, através da criação de 34 DSEI, cuja gestão e execução das ações de saúde indígena se davam por serviços pertencentes às Coordenações Regionais da FUNASA, localizados somente nas capitais,

“sem recursos humanos suficientes para viabilizar a produção de serviços e atividades sanitárias e sem capilaridade burocrática para realizar a gestão local dos distritos sanitários” (4) e ainda com a missão de planejar os serviços com base nas especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas¹⁰.

Nesse contexto, para operacionalizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, os serviços da FUNASA em cada DSEI não possuíam autonomia administrativa, técnica e financeira para gerir seus recursos e enfrentar os problemas sociais indígenas, fazendo com que esses serviços ficassem subordinados política e institucionalmente às coordenações regionais localizadas nas capitais dos estados. Administrativamente, cada serviço da Funasa no DSEI era subordinado às suas Coordenações Regionais (Core) para aquisições de medicamentos, insumos estratégicos para a saúde, materiais de expediente, equipamentos de saúde, passagens e diárias, contratos em geral, gestão de orçamento e pagamentos⁴.

No âmbito da FUNASA, o Departamento de Saúde Indígena (DESAI) administrava as relações políticas-administrativas e coordenava em âmbito nacional o SASISUS. Já no âmbito do MS, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) se restringiu apenas a descentralizar recursos financeiros, na forma de incentivos, para municípios e unidades hospitalares que possuíam população indígena nas suas áreas de abrangência.

Com o intuito de superar as dificuldades referentes à contratação de recursos humanos para a execução das ações de saúde indígena, buscou-se estabelecer parcerias. A Funasa firmou então convênios com várias organizações não governamentais, muitas delas constituídas pelas próprias comunidades indígenas, mas a maioria delas não possuía nenhuma preparação para assumir tamanha responsabilidade⁴.

Em uma análise holística desse cenário dos anos iniciais do SASISUS, Garnelo¹¹, aborda que a terceirização, firmada através de convênios, foi a medida mais factível para a FUNASA em implantar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em uma amplitude nacional, mesmo com uma forte centralização de poder no âmbito do DESAI, frente a um contexto desfavorável, principalmente no que diz respeito à qualidade e ao número de pessoal.

Observa-se, assim, que a partir desse contexto, a inobservância da Lei 8080/90, na qual o SASISUS se inclui no que diz respeito ao financiamento, cabe à União fazê-lo com recursos próprios, podendo ter a participação complementar de estados, municípios e outras instituições governamentais e não governamentais. Porém, na prática, o que se

observou ao longo dos primeiros anos de implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena não foi a participação complementar,

“Mas a transferência praticamente integral das atividades de execução das ações de atenção à saúde indígena por parte da FUNASA para organizações não governamentais, o que consubstancia não apenas violação das normas mencionadas, relativas às transferências ao setor privado, burla à norma constitucional que determina a prévia realização de concursos públicos para contratação de pessoal, como cria rotineiramente sérios embaraços e comprometimento da regular continuidade e eficiência das ações de atenção à saúde indígena”⁴.

Garnelo e Sampaio¹¹ expõem a situação complexa e ambígua pois, se por um lado negativo a terceirização da saúde para as organizações indígenas não lhes conferiram autonomia, autogestão, exigindo delas um aprendizado de caráter burocrático para ações práticas de gestão que não são comuns às suas práticas organizacionais cotidianas, por outro lado acarretou um fortalecimento administrativo e gerencial das entidades indígenas, tornando-as mais respeitadas nas interações entre as minorias étnicas e o Estado brasileiro.

OBJETIVOS E IDEIAS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Nesse contexto nasce, em 2002, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), a partir da necessidade do setor saúde dispor de uma política específica para esses povos indígenas, como resultado de consultas a diferentes segmentos envolvidos direta ou indiretamente com a temática indígena. Essa política foi construída em observância às determinações da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), regulamentadas pelo Decreto nº 1.356 de 27 de agosto de 1999, pela Medida Provisória nº 1.911-8 e pela Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999.

Com o intuito de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção à saúde, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, contemplando ainda a diversidade étnica, social, cultural, geográfica, histórica e política, reconhecendo desde os processos dos sistemas tradicionais indígenas de cura até os direitos desses povos à cultura¹, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas desafia o sistema de gestão anteriormente implementado, quando propõe que os DSEI tenham uma maior autonomia e que o controle social seja fortalecido¹.

Para que os objetivos propostos pela política sejam assegurados, foram idealizadas diretrizes que devem garantir e sustentar os processos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de saúde para a população indígena, como: organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas em formato de DSEI; preparação dos recursos humanos para atuação em contexto intercultural; monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; promoção do uso adequado e racional de medicamentos; promoção de ações específicas em situações especiais; promoção da ética na pesquisa e ações de atenção à saúde envolvendo a comunidade indígena; promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena; e controle social ¹.

O DSEI é conceituado na política como um “modelo de organização de serviços, orientados para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado” (1), com a responsabilidade de incluir em seu conjunto de atividades e ações, racionalidade e qualidade nos serviços de atenção à saúde, cabendo ainda um reordenamento da rede assistencial e sanitária com controle social ¹. Reordenar um serviço já instalado e em funcionamento, mesmo que em más condições, é um desafio árduo que demanda, além de mudanças em ações e serviços, uma formação diferenciada dos profissionais que compõem o quadro existente e ainda uma preparação multicultural nas novas admissões.

Cabe ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), criada pelo Decreto nº 7.336, de 20 de outubro de 2010, a responsabilidade pela gestão dos DSEI, como consequência de reivindicação estrutural antiga, proposta pelos povos indígenas. A SESAI assume, assim, a responsabilidade pela organização e prestação de ações de atenção à saúde dessas populações, anteriormente realizadas pela FUNASA.

A observância à organização atual do Sistema Único de Saúde, de uma atenção básica integrada e hierarquizada aplicada à organização de saúde indígena proposto pela política tem obtido resultados positivos, porém faz-se necessário ainda uma melhor articulação política dos DSEI com as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), já que elas são fundamentais nos ambientes de pactuação para garantia da eficácia na implementação das ações políticas propostas, na complementariedade das ações de atenção básica e de média e alta complexidades.

Uma das diferenças entre as equipes de saúde da família instituídas nos estabelecimentos do SUS e aquelas do SASISUS é a inclusão do trabalhador Agente

Indígena de Saúde (AIS), que é fundamental para a garantia da integração dos demais profissionais com as comunidades indígenas fortalecendo a atenção básica nas aldeias, uma vez tratar-se de um membro da comunidade que conhece e influi através do contato diário sobre as ações de saúde dos indivíduos em sua área de jurisdição.

A PNASPI prevê também sobre os mecanismos de assistência no âmbito da média e alta complexidade, e tem criado estratégias e oportunidades capazes de:

“[...] garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, deverão ser definidos procedimentos de referência, contra referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas¹.

No entanto, a carência de formação antropológica dos profissionais que atuam nos centros de referências ainda é um fator dificultador da relação mais humanizada para o atendimento aos povos indígenas. Novas parcerias com instituições públicas devem ser avaliadas e firmadas para que assim a cobertura e o acesso sejam mais amplos. O desafio que a gestão federal encontra para implementação da política no âmbito da média e alta complexidades trata-se de uma herança de um serviço terceirizado às instituições que não atendem às especificidades exigidas pela população no cuidado da assistência de saúde.

As Casas de Saúde Indígena (CASAI) são outros estabelecimentos definidos pela política, porém numa abordagem mais dinâmica no que diz respeito à realização de atividades integrativas artesanais, educação em saúde e de lazer com enfoque na reabilitação, incluindo cuidados de enfermagem, principalmente no acompanhamento dos casos que exigem uma assistência mais contínua, antes de serem atendidos pelos serviços do SUS e após o retorno desses serviços até o retorno para as aldeias.

No que se refere à preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural, a PNASPI idealizou um modelo que preconiza principalmente a formação e capacitação indígena, para favorecer a apropriação dos conhecimentos e recursos técnicos disponíveis em cada contexto geográfico. O processo de formação acontece, principalmente, mas não somente, através do Programa de Formação de Agentes Indígenas, com diretrizes descritas no corpo da política.

A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena é tratada como prioridade, “sendo instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas”¹.

Além das adequações técnicas, legais e políticas, as adaptações da organização dos serviços também são, até hoje, necessárias, através de cursos de

atualização/aperfeiçoamento/especialização para todos os profissionais que atuam na promoção, prevenção e recuperação, sejam eles indígenas ou não.

A estratégia de educação permanente em serviço tem sido utilizada pelos DSEI, associada a cursos de curta duração específicos e de especialização, principalmente para os profissionais que integram as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e para os profissionais que atuam na gestão como AIDIPI, Teste Rápido, Imunização, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Qualidade da Água, Licitação, Fiscalização de Contratos, Fiscalização de Obras, dentre outros.

Já para os AIS, algumas iniciativas foram implementadas na perspectiva da profissionalização (DSEI Alto do Rio Negro em parceria com a FIOCRUZ/Manaus), e atualmente a SESAI, em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), do MS, vem construindo um grande programa de formação para os AIS e para os Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), com previsão de formação em larga escala a partir de 2016.

Além do SIASI, que trabalha com as informações demográficas, epidemiológicas, produção dos serviços de saúde e indicadores, foram desenvolvidos outros sistemas como o HORUS, que auxilia na gestão da política de assistência farmacêutica, o GEOSI, sistema que permite o georreferenciamento das aldeias, unidades habitacionais, unidades básicas de saúde indígena, polos base, sedes dos DSEI, além da malha viária, dos rios e municípios que possuem populações indígenas nas suas jurisdições.

Referidos sistemas são fundamentais para o planejamento, monitoramento e avaliação da execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas nos territórios e de sua integração com o SUS, na perspectiva da atenção integral a esses povos.

A ideia de que “toda sociedade humana dispõe de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento de doenças”¹ faz com que a PNASPI garanta aos povos indígenas seu principal recurso à saúde da população indígena, os sistemas tradicionais indígenas de saúde. Levando em consideração o respeito às concepções, aos valores e às práticas relativas ao processo saúde-doença, a Política Nacional Atenção à Saúde dos Povos Indígenas promove a articulação do estímulo desses saberes e práticas, visando à melhoria do estado de saúde dos indígenas.

A PNASPI regulariza e cria também mecanismos de promoção do uso adequado e racional de medicamentos. Com o envolvimento da assistência farmacêutica, no

contexto da atenção básica, são observados aspectos que circundam desde a seleção, programação, aquisição, até o acondicionamento, estoque, distribuição, dispensação, controle e vigilância, garantindo a padronização e qualidade de assistência em conformidade com os pressupostos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

No que tange às ações específicas em situações especiais, a PNASPI prioriza ações caracterizadas por risco iminente de morte, especificidade saúde-doença, impacto econômico e social de grandes projetos em desenvolvimento, vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição a determinados agravos, suicídio, desastres ambientais, entre outros. As ações idealizadas baseiam-se no campo da prevenção dos agravos e exposições e ainda em intervenções imediatas em caso de catástrofes.

Em todas as ações preconizadas e executadas está prevista pela PNASPI o envolvimento do controle social, que determina que em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos DSEI sejam formalmente com a participação dos conselhos e representações legais até movimentos sociais informais.

Os principais mecanismos de controle social estabelecidos pela política são os Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), consultivos, integrados somente por representantes indígenas, e os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), paritários e deliberativos (50% de representantes dos usuários indígenas, 25% de trabalhadores do SASI e 25% de representantes dos gestores), Fórum de Presidentes de Condisi e organizações indígenas (consultivo), reuniões macrorregionais, conferências nacionais de saúde e as conferências nacionais de saúde indígena, além das representações indígenas nos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde.

Após a criação da SESAI, observa-se um nítido avanço quanto à participação dos usuários indígenas no planejamento, acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde indígena por meio das instâncias de controle social, que foram revisadas e (re)regulamentadas pela Portaria nº 755, de 18 de abril de 2012. Atualmente, há 397 CLSI de Saúde Indígena, envolvendo 5.997 conselheiros locais e 34 CONDISI, com 1.552 conselheiros distritais.

ATORES, INTERESSES E INSTITUCIONALIDADE

Os atores envolvidos no processo das lutas sociais que desencadeou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas são compostos de públicos diversos, representados em diferentes fases do processo de reivindicações. As entidades

representativas dos povos indígenas, os conselhos de saúde indígena e os movimentos sociais e esferas de governos foram os atores mais atuantes frente à construção da PNASPI, porém a mobilização através do movimento indígena, organizações não governamentais ligadas às questões indígenas, universidades e igrejas entre 1970 e 1980, foram fundamentais e determinantes para a inclusão de direitos indígenas na CF de 1988⁴.

Um dos interesses mais desafiadores da PNASPI consiste em promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuem interface com a atenção à saúde indígena, além de fortalecer o controle social no Subsistema, resgatando a confiança da população indígena aos programas e às políticas de saúde pública, tornando-os sujeitos e atores de seus direitos e de sua saúde.

Levando em consideração a necessidade de uma ampla articulação tanto no sentido intrasetorial quanto no âmbito intersetorial, exigindo ações coordenadas e conjuntas entre diversos órgãos e ministérios, objetivando o alcance de seus propósitos de forma satisfatória¹, a institucionalidade da PNASPI se dá conforme especificado a seguir.

Ao Ministério da Saúde cabe, conforme especificado na PNASPI, a maior responsabilidade perante aos outros órgãos, que é a responsabilidade pela gestão e direção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. A FUNASA, em articulação com a Secretaria de Assistência a Saúde (SAS) e a Secretaria de Políticas de Saúde, foi de extrema importância no estabelecimento de diretrizes e normas para execução da PNASPI até a criação da SESAI, em outubro de 2010, que passou a assumir essa responsabilidade na promoção da articulação intersetorial e intrasetorial com outras instâncias do SUS; na coordenação e execução das ações de saúde, assumindo a responsabilidade sanitária nos territórios indígenas, a implantação e coordenação do sistema de informação de saúde indígena no Brasil, bem como a responsabilidade pela coordenação e execução das ações de saneamento básico nas aldeias e edificações de saúde indígena.

O acompanhamento e assessoramento aos DSEI são realizados pela SESAI e seus departamentos, com a parceria das outras secretarias e demais órgãos integrantes da estrutura do Ministério da Saúde. As secretarias estaduais e municipais de saúde, em parceria com o Ministério da Saúde, atuam de forma complementar e significativa às ações assistenciais voltadas para promoção da saúde do índio em cada estado ou município, incluído a população indígena nos programas e campanhas específicas como

vacinação, saúde da mulher, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras. Doenças mais complexas como câncer cérvico-uterino e diabetes vem atingindo grande parte da população indígena, cabendo aos estados e municípios prestar assistência preventiva e curativa desses agravos ¹.

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI), por ser vinculada ao Ministério da Justiça, torna-se responsável pelas ações do governo federal com a finalidade de assegurar os direitos constitucionais indigenistas e realizar a articulação intersetorial para a construção e implementação de políticas indigenistas no Brasil. Assim, a partir da PNASPI, suas atribuições perpassam acerca da garantia dos territórios, demarcação de terras, fiscalização e remoção de invasores, como também o acompanhamento de toda e qualquer ação desenvolvida para promoção de saúde do índio.

O Ministério da Educação é de grande importância na implementação da PNASPI, uma vez que fornece subsídios para integração da política nos currículos básicos das instituições de ensino, inclusive em escolas indígenas, além de programas especiais voltados para educação de índios jovens e adultos, assim como na formação de agentes indígenas de saúde e de saneamento.

Com o intuito de garantir os princípios da autonomia, equidade e respeito à diversidade cultural, o Ministério Público participa de forma atuante na PNASPI fazendo com que o cumprimento dos preceitos constitucionais e legais de toda e qualquer ação política seja implementado de acordo com os pressupostos das leis.

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), torna-se responsável, a partir da publicação da PNASPI, em garantir o cumprimento dos princípios da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde observando, ainda, principalmente a Resolução nº 304/2000, que confere proteção à população indígena de riscos adicionais advindos de sua condição excepcional.

Por fim, a representação a nível nacional de acompanhamento da implementação da PNASPI é da Comissão Interinstitucional de Saúde Indígena (CISI), órgão assessor do CNS. A CISI conta com o auxílio de diversas instituições públicas e possui como função contínua a recomendação de medidas visando uma melhor execução das ações contidas na PNASPI.

SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVAS

A herança deixada pelas lacunas históricas acarretou sérios problemas estruturais atuais e as ações assistenciais centradas na oferta esporádica, emergencial e não sistemática de serviços básicos de saúde prestados ao longo do tempo gerou um ciclo vicioso por parte dos profissionais em resistir às ações da atenção primária.

A constituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, como componente do SUS, gerou transformações consideráveis nos princípios estruturais da PNASPI no Brasil, tomando o lugar de um modelo até então mais fragmentado entre “ações campanhistas e emergenciais, vulnerável em sua base de financiamento e sem infraestrutura e corpo técnico qualificado para coordenar e executar as ações de saúde”⁴.

A execução dos trabalhos em áreas remotas de difícil acesso, isoladas e distantes dos centros urbanos, as dificuldades de acesso, o tempo de permanência prolongado dos profissionais em aldeias, com escalas de trabalho diferenciadas, não previstas na legislação que instituiu o Regime Jurídico Único (RJU), bem como as dificuldades para aquisição de insumos, equipamentos e contratação de obras devido à burocracia da administração pública que não se organizou para atender as especificidades dos povos indígenas, contribuem para que a execução e gestão da PNASPI se tornem ainda mais desafiadora e complexa, considerando que o arcabouço jurídico-legal elaborado após a Constituição de 1988 não observou, durante a sua discussão e aprovação, as especificidades dos povos indígenas previstas no artigo 231 da CF de 1988.

Toda essa situação contribuiu para que a FUNASA, a partir de 1999, não tivesse conseguido cumprir com êxito o seu papel, repetindo-se também essas dificuldades após a aprovação da PNASPI em 2002 e agora sob a gestão política da SESAI.

A organização do SASISUS e a execução das ações se dão por meio de uma rede assim constituída: 34 DSEI, 360 Polos Base, 764 Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) e 66 Casas de Saúde Indígena (CASAI), capazes de atender 690.000 indígenas cadastrados, moradores em 4.968 aldeias¹³⁻¹⁴, distribuídos na abrangência de 484 municípios, a grande maioria com menos de 20.000 habitantes.

Os indicadores de saúde existentes concretizam diretrizes relevantes no campo da saúde dos povos indígenas, como cobertura de 77,0% da população indígena com esquema vacinal completo em 2010, redução de 45,2% na incidência de Tuberculose (TB) entre 2003 e 2009; média percentual de cura por TB no período de 2006 a 2008 de

82%; cobertura de acompanhamento do estado nutricional de 60,2% para crianças menores de cinco anos em 2009; percentual de indígenas atendidos que concluíram o tratamento odontológico básico e estão livres de cárie e doença periodontal evoluindo de 12,7%, em 2004, para 23,0%, em 2009 (incremento de 79%); média de consultas pré-natais de 4,7 consultas por mulher registrada pelo inquérito de saúde e nutrição em 2009; e taxa de mortalidade infantil (TMI) indígena passando de 74,6 por mil nascidos vivos, em 2000, para 41,0 por mil nascidos vivos em 2009 (redução de 43,8%)⁴⁻¹³.

Martins⁴ afirma ainda que a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) “representa um avanço no campo da garantia do direito à saúde para os povos indígenas”, sendo que as frequentes insatisfações sobre a atuação da FUNASA na condução da PNASPI culminaram num movimento de reivindicação que resultou na publicação do Decreto nº. 7.336/2010 que criou, no âmbito do MS, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), sendo transferida a responsabilidade das ações de saúde indígena para a referida secretaria.

Por fim, é preciso reconhecer as fragilidades e dificuldades existentes na gestão do Subsistema atualmente em vigor para que assim se possa fortalecê-lo, através do trabalho conjunto das representações sociais, para que seja possível vencer as dificuldades de oferecer serviços regulares, sistemáticos, diferenciados e integrais, mesmo em meio a um universo complexo e dinâmico dos povos indígenas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas. Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002 (DOU nº 26 - Seção 1, p. 46 a 49, de 6 de fevereiro de 2002).
2. LIMA JUNIOR, O. B. 1998. As reformas administrativas no Brasil: modelos, sucessos e fracassos. Revista do Serviço Público, Ano 49, n. 2, Abr/Jun 1998.
3. OLIVEIRA, J. P., 1995. Muitas terras, pouco índio? Uma introdução (crítica) ao indigenismo e a atualização do preconceito, In: A temática indígena na escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus. Brasília: MEC/Mari/Unesco, p. 61-81.
4. MARTINS, A.L. Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, 2013.
5. COSTA, D. C. Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. Cadernos de Saúde Pública, R.J. 4(3) : 338-401. Out/dez 1987.

6. RIBEIRO, D. Os índios e a Civilização, Petrópolis — Vozes, 1982.
7. 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, 7-11 de Junio de 1999, Isla de Margarita, Venezuela, 1999.
8. GARNELO, M. L.; MACEDO, G; BRANDÃO, L. C. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Ed. OPAS/Ministério da Saúde. Brasília, 2003. ISBN 85- 87943- 28- 6.
9. GARNELO, M. L. & PONTES (Org.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Coleção Educação para Todos. MEC-SECADI, 2012.
10. Lei nº 9.836. 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-DF, 23 de setembro de 1999c.
11. GARNELO, M. 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, 21(4):1217-1223, jul-ago, 2005.
12. GARNELO, L. Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise situacional do período de 1990 a 2004. Documento de Trabalho n. 09. Universidade Federal de Rondônia e Escola Nacional de Saúde Pública. Porto Velho-RO, 2004.
13. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Vigilância em saúde indígena: dados e indicadores selecionados 2010. Brasília: FUNASA, 2010a. 96p. : II.
14. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Desai: 1999-2009 – 10 anos de compromisso com a saúde indígena. Brasília-DF, 2010b.
15. Portaria nº 755. Acessado em junho de 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0755_18_04_2012.html.
16. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Dispõe de uma política de atenção à saúde dos povos indígenas [internet]. 2002 [acesso em 2009 set 10]; Disponível em: http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_254_2002.pdf.

Artigo 2 – Instituto Nacional de Saúde Indígena: institucionalidade necessária

Para atender ao Objetivo Específico “justificar a proposta atual de gestão da Secretaria Especial de Saúde Indígena”.

Publicado na revista Tempus Actas em Saúde Coletiva vol. 9 número 2, 2015 p. 201-220. B3 estrato Saúde Coletiva.

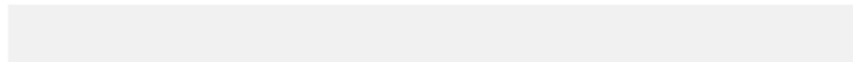
Sr. Antonio Alves de Souza,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Instituto Nacional de Saúde Indígena: institucionalidade necessária." para Tempus Actas de Saúde Coletiva. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/author/submission/1674>

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este e-mail. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.



Instituto Nacional de Saúde Indígena: institucionalidade necessária.

National Institute for Indigenous Health: institutionalization required.

Instituto Nacional de Salud Indígena: institucionalización requiere.

Antônio Alves de Souza⁶
Fabrício Oliveira Braga⁷
Bianca Coelho Moura⁸
Edson Oliveira Pereira⁹
Daniel Ignacchiti Lacerda¹⁰
Maria Fátima de Sousa¹¹
Ana Valéria M. Mendonça¹²

Resumo

Este ensaio discute as necessidades de aprimoramento do modelo de governança da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde brasileiro e das suas competências como órgão responsável pela gestão e execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a sua articulação com as demais políticas do Sistema Único de Saúde, aborda as dificuldades encontradas com o atual modelo e a sua aplicabilidade frente às especificidades e diversidades étnicas dos 305 povos indígenas do Brasil e apresenta como proposta de complementariedade e superação a criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena.

Palavras chave: Políticas Públicas de Saúde; Saúde da População Indígena; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde.

⁶ Mestrando em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB). Secretário Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde. E-mail: antonioalves@saude.gov.br

⁷ Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UnB. E-mail: bianca.moura@saude.gov.br

⁸ Consultor Jurídico do Ministério da Saúde. E-mail: fabricio.braga@saude.gov.br

⁹ Mestrando em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UnB. E-mail: edsondirec@gmail.com

¹⁰ Chefe de gabinete da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde. E-mail: Daniel.lacerda@saude.gov.br

¹¹ Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UnB. E-mail: fatimasousa@unb.br

¹² Doutora em Ciências da Informação. Professora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UnB. E-mail: valeriamendonca@gmail.com

Abstract

This essay discusses the Special Secretariat governance model of improvement needs of Indigenous Health of the Ministry of Health of Brazil and skills as the body responsible for managing and implementing the National Policy on the Health of Indigenous Peoples and its articulation with the other policies of the Unified Health System, discusses the difficulties encountered with the current model and its applicability across the specificities and ethnic diversities of the 305 indigenous peoples of Brazil and has the proposal of complementary and overcoming the creation of the National Institute for indigenous Health.

Key words: Health Public Policy; Indigenous Health; Health Management; Health Unic System.

Resumen

Este ensayo analiza el modelo de gobierno Secretaría Especial de las necesidades de mejoras de Salud Indígena del Ministerio de Salud de Brasil y habilidades como el organismo responsable de la gestión y ejecución de la Política Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas y su articulación con el otras políticas del Sistema Único de Salud, analiza las dificultades encontradas con el modelo actual y su aplicabilidad a través de las especificidades y diversidades étnicas de los 305 pueblos indígenas de Brasil y tiene la propuesta de la complementaria y la superación de la creación del Instituto Nacional de Salud Indígena.

Palabras clave: Política de Salud Pública; Salud Indígena; Manejo De La Salud; Sistema Unic Salud.

Introdução

O art. 196 da Constituição Federal de 1988 ¹ define a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, dando as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme a Lei nº 8.080, de 1990 ², e a Lei nº 8.142, de 1990 ³, o qual tem como princípios e diretrizes a universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, descentralização, hierarquização e a participação da comunidade. Por outro lado, tendo em vista o preceito contido no art. 231 da Constituição Federal de 1988, que reconhece aos povos indígenas sua organização social, os seus costumes, as suas línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que

tradicionalmente ocupam a garantia do direito à saúde a esses povos assume caráter ainda mais relevante e a necessidade de adoção de medidas estratégicas adotadas pelo SUS para a efetivação da referida garantia fundamental. Nesses termos, foi editada a Lei nº 9.836, de 1999 ⁴, que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS (SASISUS), a qual dispõe sobre a execução de ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, em perfeita integração com o SUS, cabendo à União, com seus recursos próprios, financiá-lo.

Fundamentando-se no entendimento de que os povos indígenas têm convicções, idiomas, formas de organização social, valores, costumes e tradições próprias de suas respectivas culturas e de que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, assim como o impacto que a interação com outras culturas exerce sobre essas culturas, ratifica a Lei a obrigatoriedade do Poder Público considerar, na formulação e implementação de políticas de atenção à saúde indígena, a realidade local e as especificidades das comunidades alvo.

O principal desafio enfrentado para a execução de ações de atenção básica e saneamento básico para os povos indígenas remete à manutenção de um quadro permanente de trabalhadores que permita um efetivo atendimento às necessidades das comunidades indígenas, o que, em geral, decorre dos seguintes fatores: (1) ausência, carência e alta rotatividade de profissionais com os perfis requeridos, sejam na área meio (apoio administrativo), sejam nas áreas finalísticas (médicos, enfermeiros, engenheiros etc.); (2) dificuldade de acesso às aldeias, possível por via aérea, terrestre ou fluvial, requerendo, em alguns casos, nada menos que 12 dias de viagem. Igualmente merece destaque o regime de trabalho diferenciado adotado para os trabalhadores que hoje integram as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), uma vez que, em geral, aqueles cumprem escalas de 30 dias de trabalho, ficando à disposição nas aldeias às 24 horas do dia, por 15 dias de folga; (3) restrições à capacitação desses trabalhadores, que impactam, diretamente, na qualidade dos serviços prestados nas aldeias.

Cabe esclarecer que, apesar das diretrizes que norteiam as ações afetas à saúde indígena terem sido alteradas por diversas vezes, desde a criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), em 1967, nenhuma delas tornou satisfatória a situação sanitária nas aldeias, até que, em 1999, a implementação da política de atendimento descentralizado possibilitou, mediante assinatura de convênios com prefeituras e organizações não

governamentais da sociedade civil, a redução da ação direta do Estado naquele segmento. Para sustentação do modelo então implantado, foram criados, na estrutura capilar da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), 34 espaços territoriais denominados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) onde vivem os povos indígenas e criados, no âmbito das suas coordenações regionais, 34 serviços para coordenar essas áreas, produzindo alguns resultados positivos.

Em 2010, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASISUS), então gerido pela FUNASA, foi transferido para o Ministério da Saúde, pela Lei nº 12.314, de 2010⁵, em cuja estrutura foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que passou a administrar os DSEI, delimitados considerando-se critérios epidemiológicos, geográficos e etnográficos. Ressalte-se que a estrutura dos DSEI somente permite a operacionalização do saneamento básico e do atendimento básico de saúde nas aldeias, ficando as ocorrências de média e alta complexidade a cargo de hospitais regionais e ambulatórios de especialidades vinculados ao SUS, condição que exige muita articulação técnica e política e a execução de complexa e onerosa estratégia logística orientada ao atendimento remoto de pacientes.

Os desafios enfrentados para a alocação de trabalhadores necessários à execução das ações e dos serviços de saúde na área de atenção básica à saúde indígena e de saneamento básico, além das dificuldades relacionadas a operações de logística de aquisição de bens e serviços em localidades de difícil acesso, especialmente para os serviços de saneamento básico e edificações nas aldeias, vêm se constituindo enormes obstáculos para a efetivação plena do atual modelo de atenção à saúde indígena, incluindo o de governança por parte da SESAI/Ministério da Saúde.

Após intensos debates sobre as questões que afetam a área de saúde dos povos indígenas, especialmente na 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, ocorrida em 2013, chegou-se à conclusão da inadequação do instituto do concurso público no modelo tradicional regido pela Lei nº 8.112, de 1990[6], para solucionar as dificuldades relacionadas à alocação e à fixação de profissionais no SASISUS. Além disso, foram abordados nesses debates temas referentes às dificuldades em adquirir bens e serviços, sobretudo os de saneamento básico e edificações, no âmbito do SASISUS, para atendimento das necessidades das comunidades indígenas.

A criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI), na forma de Serviço Social Autônomo, vinculado ao Ministério da Saúde por meio de contrato de gestão,

tem como objetivo a execução direta de ações e serviços na área de atenção básica à saúde indígena e saneamento básico no âmbito do SASISUS. A escolha pela forma de Serviço Social Autônomo justifica-se pela necessidade de adoção de modelo que, possibilitando uma abordagem diferenciada e global do tema, igualmente possibilite novas alternativas de contratação de pessoal, mediante processo seletivo com critérios diferenciados de acesso, tendo em vista o atendimento ao pleito das comunidades indígenas no sentido da valorização e aproveitamento de trabalhadores indígenas locais para a composição da força de trabalho que irá desenvolver atividades orientadas à atenção básica à saúde nas respectivas aldeias, bem como novas alternativas para aquisição de bens e serviços.

Dos aspectos materiais de natureza constitucional e legal

O presente ensaio propõe a instituição de um novo modelo de atenção e governança para o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), mediante a manutenção e o fortalecimento da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), e a criação de entidade de direito privado vinculada ao Ministério da Saúde por meio de contrato de gestão, com o fim de assegurar o cumprimento das atribuições conferidas à União por intermédio dos artigos 196, 197, 198, 200 e 231 da Constituição Federal e das disposições contidas na Lei nº 8.080, de 1990 ², Lei nº 8.142, de 1990 (Leis Orgânicas da Saúde) ³, Lei nº 9.836, de 1999 ⁴, que instituiu, no âmbito do SUS, o SASISUS, e Lei nº 10.683, de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, incluindo o Ministério da Saúde ⁷.

Ao longo dos últimos quatro anos, constatou-se, pela SESA/MS, a existência de problemas de gestão relacionados, principalmente, às áreas de recursos humanos, aquisição de bens e serviços e adaptação às especificidades culturais, dentre outros relacionados às populações indígenas, limitados pela ordem jurídica de direito público concernente ao Ministério da Saúde e à Administração Direta. Como exemplo, cita-se o fato da SESA, organizada descentralizadamente nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), com o objetivo promover ações de saneamento básico e atenção à saúde indígena e práticas sanitárias adequadas, tem que atuar nos Distritos que não são divididos por entidades federativas, mas por áreas territoriais estrategicamente definidas, de acordo com critérios técnicos operacionais e geográficos, em respeito à cultura, às relações sociais e políticas e à distribuição demográfica tradicional dos povos

indígenas, o que não necessariamente coincide com os limites geográficos de Estados, Distrito Federal e Municípios.

Em razão desse e de outros entraves, há morosidade na gestão da saúde indígena, com enormes dificuldades para a execução das ações e dos serviços, quando pela grande vulnerabilidade em que vivem esses povos se exigir mais agilidade na sua execução, o que implica na necessidade de se buscar novo modelo a ser adotado pelo Estado, de modo que a administração seja mais descentralizada e autônoma em relação aos órgãos e entidades públicas centrais.

Muito embora a criação, implantação e implementação da SESAI, no âmbito do Ministério da Saúde, tenham atendido a uma das reivindicações históricas das organizações indígenas que era a autonomia dos DSEI, essa medida adotada e colocada em prática por si só não foi suficiente para assegurar melhorias mais significativas na qualidade das ações e dos serviços de saúde prestados às comunidades indígenas que vivem nas aldeias, tanto no âmbito dos recursos humanos, quanto no da aquisição de bens e serviços, incluindo os serviços de edificações e saneamento básico ofertados nas aldeias.

Em face dessas constatações, propõe-se a instituição, por meio de lei a ser aprovada pelo Congresso Nacional, do Serviço Social Autônomo denominado Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI).

Das Entidades Paraestatais

As entidades de cooperação, também denominadas entidades paraestatais, são pessoas jurídicas de direito privado criadas ou de criação autorizadas pela lei, sem fins lucrativos, que atuam paralelamente e em colaboração ao Estado para a consecução de atividades de interesse público que a ele não são privativas, quais sejam de natureza técnica, científica, educacional, assistencial, entre outras que escapam à necessidade de prestação exclusiva pelo Poder Público. São geridas em conformidade com seus estatutos, geralmente aprovados mediante edição de decreto, podendo ser subvencionadas por dotações orçamentárias públicas ou serem mantidas por contribuições

para fiscais recolhidas compulsoriamente pelos contribuintes na forma da lei – normalmente arrecadadas pelo Instituto Nacional de Seguro Social ou pela Receita Federal do Brasil e repassadas às entidades – para prestar serviço de interesse social ou

de utilidade pública, sem estarem incluídas na hierarquia de órgãos e entidades do Estado. Observa-se que, por serem entidades sem fins lucrativos, os valores remanescentes dos recursos que a elas são distribuídos constituem-se *superavit* (e não lucro) e devem ser revertidos para os próprios objetivos estatutários definidos em lei, visando a sua melhoria, aperfeiçoamento e maior extensão, constituindo desvio de finalidade quaisquer dispêndios voltados para fins outros que não aqueles e, conseqüentemente, responsabilização da entidade e do agente que os praticou.

Segundo a lição de José dos Santos Carvalho Filho ⁸, o termo “entidade de cooperação” não possui definição específica, verificando-se o seu emprego com os mais variados sentidos pela legislação, pelos doutrinadores e pelos tribunais pátrios, o que dificulta precisar com clareza quais seriam as pessoas jurídicas de direito privado que se enquadrariam no referido conceito. No entanto, de acordo com a doutrina majoritária ⁸, em que pese a controvérsia jurídica sobre o tema, pode-se considerar como espécies de entidades paraestatais: a) serviços sociais autônomos; b) organizações sociais; c) organização da sociedade civil de interesse público; e d) fundações de apoio.

Dos Serviços Sociais Autônomos

Os serviços sociais autônomos ⁸ são entidades paraestatais que, ao longo da história, foram criadas ou tiveram a sua criação autorizada pela legislação sob dois enfoques: a) inicialmente, durante a vigência da Constituição Federal de 1946, as leis instituidoras não criaram diretamente as entidades, nem autorizaram o Poder Executivo a fazê-lo, mas sim atribuíram às Confederações Nacionais da Indústria e do Comércio – entidades privadas – o encargo de criarem, organizarem e dirigirem determinados serviços sociais autônomos, tais como o Serviço Social da Indústria – Sesi – e o Serviço Social do Comércio – Sesc –, por meio dos Decretos-leis nº 9.403, de 1946 ⁹, e nº 9.853, de 1946 ¹⁰, garantindo a sua manutenção mediante contribuições parafiscais e atuando o Poder Público mais na função de fomento à iniciativa privada de interesse público do que na de prestação de serviço público, ressaltando-se que os estatutos dessas entidades eram elaborados pelas Confederações, mas deveriam ser aprovados por meio da edição de decreto pelo Chefe do Poder Executivo para ter eficácia ¹¹; e b) com a experiência acolhida pela atuação das entidades antes mencionadas, as leis posteriormente editadas vislumbraram a necessidade de mudanças e aperfeiçoamentos quanto à constituição e à atuação dos serviços sociais autônomos, retirando das

entidades privadas e passando diretamente ao Poder Executivo a atribuição de criar ou a autorização para criar um determinado serviço social autônomo, com manutenção mediante dotações orçamentárias públicas e celebração de contrato de gestão com o respectivo ente público cuja atividade esteja vinculada, conferindo maior harmonia entre o interesse público a ser alcançado e as atividades privadas de interesse público, ou seja, as atividades sociais a serem desempenhadas como, por exemplo, no caso da autorização conferida pela Lei nº 10.668, de 2003 ¹², ao Poder Executivo federal para instituir o Serviço Social Autônomo Agência de Promoção de Exportações do Brasil – Apex-Brasil – com o objetivo de promover a execução de políticas de promoção de exportações, em cooperação com o Poder Público, especialmente as que favoreçam as empresas de pequeno porte e a geração de empregos.

Verifica-se, ainda, que os serviços sociais autônomos são entidades que não prestam serviços públicos e nem integram a Administração Pública, mas sim prestam atividades privadas de interesse público, ou seja, atividades sociais, e atuam paralelamente e em colaboração ao Estado, sem subordinação hierárquica, apesar de existir vinculação ao órgão estatal mais relacionado com suas atividades para fins de controle finalístico e prestação de contas dos recursos públicos percebidos para sua manutenção, nos termos do disposto no parágrafo único do artigo 70 da Constituição Federal, nos artigos 11 e 13 da Lei nº 2.613, de 1955¹³, e no artigo 183 do Decreto-lei nº 200, de 1967 ¹⁴, além de outros diplomas normativos específicos ¹⁵. Normalmente, as leis instituidoras dos serviços sociais autônomos disciplinam mecanismos de controle, principalmente o financeiro, mas há outros textos legais que também determinam a submissão dessas entidades à auditoria externa dos órgãos ministeriais a que estejam vinculadas e ao próprio Tribunal de Contas de acordo com as formas e condições estabelecidas nas resoluções expedidas por essa Corte.

Os serviços sociais autônomos possuem administração e patrimônio próprios, revestindo-se sob a forma de entidades particulares convencionais (p. ex., associações, sociedades civis ou fundações, conforme a previsão contida no Código Civil – Lei nº 10.406, de 2002) ¹⁶ ou peculiares no caso de serem insuscetíveis de perfeito enquadramento em uma categoria jurídica genericamente disciplinada, para o desempenho de seus fins estatutários. Sua personalidade jurídica inicia-se com a inscrição de seu estatuto no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas, nos termos do disposto no artigo 45 do Código Civil. Os estatutos são geralmente aprovados mediante edição de decreto pelo Chefe do Poder Executivo, com estabelecimento de

regimento interno que disciplina a organização administrativa da entidade, os objetivos, os órgãos diretivos, as competências, a apuração e aplicação dos recursos financeiros e a prestação de contas. As suas atividades privadas de interesse público beneficiam certos grupamentos sociais ou profissionais.

Vislumbra-se, também, que os serviços sociais autônomos não possuem privilégios administrativos, fiscais e nem processuais, salvo aqueles que a Constituição Federal e a legislação especial expressamente lhes concederem, como a imunidade tributária prevista na alínea “c” do inciso VI do artigo 150 da Lei Maior, consoante orientação já pacificada pelo Egrégio Supremo Tribunal Federal ¹⁷. Especificamente em relação à citada imunidade tributária, a referida Corte definiu que: a) a imunidade alcança apenas a incidência de impostos, sendo devido, em consequência, o pagamento dos demais tributos quando ocorrerem os seus respectivos fatos geradores; b) a imunidade limita-se aos impostos sobre a renda, o patrimônio ou os serviços prestados pela entidade paraestatal; e c) a imunidade limita-se às atividades estritamente vinculadas às suas finalidades essenciais, nos termos do disposto no § 2º do artigo 150 da Lei Maior.

Os dirigentes das entidades em comento, no desempenho de suas funções, podem ter seus atos questionados por meio de mandado de segurança, nos termos do § 1º do artigo 1º da Lei nº 12.016, de 2009 ¹⁸, e se o ato ou o contrato for lesivo ao patrimônio da própria entidade, entende-se cabível o ajuizamento de ação popular com responsabilização pessoal de quem o praticou ou ordenou sua prática, nos termos dos artigos 1º e 6º da Lei nº 4.717, de 1964 ¹⁹. Tem-se, ainda, que os aludidos dirigentes são caracterizados como agentes públicos para fins de sanção por atos de improbidade administrativa, nos termos do disposto no artigo 2º da Lei nº 8.429, de 1992 ²⁰.

Segundo o posicionamento atual do Tribunal de Contas da União (TCU), as referidas entidades não se submetem à disciplina da Lei nº 8.666, de 1993 ²¹. – Lei de Licitações ²². Entendeu-se que: a) o inciso XXVII, do artigo 22 da Constituição Federal apenas dirige o princípio da obrigatoriedade da licitação à Administração Direta e Indireta, nas quais não estão enquadrados os serviços sociais autônomos; b) a Lei nº 8.666, de 1993, não poderia ampliar o seu alcance para abranger os serviços sociais autônomos; e c) a expressão “entidades controladas”, prevista no parágrafo único do artigo 1º, da Lei nº 8.666, de 1993, apenas é aplicável a empresas públicas e sociedades de economia mista, nos termos do disposto no § 2º, do artigo 243, da Lei nº 6.404, de 1976 – Lei das Sociedades Anônimas ²³.

Outra orientação importante exarada pelo TCU se refere à ausência de submissão da remuneração dos dirigentes e empregados dos serviços sociais autônomos à limitação prevista no inciso XI, do artigo 37, da Constituição Federal ²⁴. Com modificação de seu entendimento anterior sobre o tema, a Corte de Contas entendeu que, a partir da promulgação da Emenda Constitucional nº 41/2003 ²⁵, os serviços sociais autônomos, por não fazerem parte da Administração Pública Direta e Indireta, não se submetem ao disposto no § 9º do artigo, 37 da Lei Maior.

Por outro lado, afirmou-se que tal entendimento não significa que os Serviços Sociais Autônomos teriam total liberdade para estipular os salários de seus dirigentes e empregados da maneira que bem entenderem, porquanto recebem recursos de natureza para fiscal ou dotações orçamentárias públicas, prestam contas àquela Corte e estão jungidos à observância dos princípios da moralidade, da economicidade e da impessoalidade, entre outros. Registrou-se, ainda, que uma decisão sobre quaisquer acréscimos remuneratórios é submetida a diversas instâncias deliberativas internas e se sujeita aos órgãos próprios de administração e controle, tendo como balizadores os salários praticados pelo mercado. Ademais, eventuais excessos poderiam ser questionados pelo próprio TCU.

Salienta-se, também, o entendimento firmado pela Corte de Contas ²⁶ no sentido de que os dirigentes dos Serviços Sociais Autônomos devem apresentar cópias de suas declarações de bens e rendas para fins de prestação de contas perante aquela Corte, nos termos do disposto nos artigos 1º, parágrafo único, 2º e 13 da Lei nº 8.429, de 1992 ²⁰, c/c artigo 4º da Lei nº 8.730, de 1993 ²⁷. A doutrina é divergente quanto à matéria, citando di Pietro ²⁸ e Meirelles ¹⁷ favoráveis à jurisprudência firmada pelo TCU e o posicionamento contrário de Carvalho Filho ⁸ no sentido da ilegalidade dessa exigência, sendo o principal argumento, o fato de que a Lei nº 8.730, de 1999, apenas obriga a entrega da declaração de bens e rendimentos aos “administradores ou responsáveis por bens e valores públicos”, não sendo lícito irradiar o âmbito da lei a quem não tenha sido nela contemplado.

Outra característica importante verificada nessa espécie de entidade paraestatal é a submissão de seus empregados à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), observando-se, para fins de admissão de pessoal efetivo, a necessária aprovação prévia em competente processo seletivo público, objeto de regulamentação própria, estatuto esse necessário assim como o previsto em relação aos procedimentos para aquisição de bens e serviços de menor complexidade procedimental. Justifica-se essa regulamentação

própria de regras para admissão de pessoal em virtude do obrigatório atendimento dos princípios constitucionais gerais previstos no *caput* do artigo 37 da Constituição Federal (legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência), assim como são atendidos os princípios gerais e básicos da licitação pública, quais seja a legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e competitividade, entre outros, para a aquisição de bens e serviços. Além disso, esses empregados apenas são equiparados aos funcionários públicos para fins de responsabilização criminal, consoante a disciplina prevista no parágrafo único do artigo 327 do Código Penal – Decreto-lei nº 2.848, 1940²⁹.

Como exemplos de serviços sociais autônomos, citam-se inicialmente quatro tradicionais, quais sejam: a) o SESI e o SESC, destinados à assistência social a empregados dos setores industrial e comercial, respectivamente; b) o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC, cuja criação foi autorizada e seu encargo conferido pelo Decreto-lei nº 8.621, de 1946³⁰, à Confederação Nacional do Comércio, voltada à formação profissional e educação para o trabalho com intuito de qualificação de profissionais para o comércio; e c) o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – SENAI, cuja criação foi realizada pelo Decreto-lei nº 4.048 de 1942³¹, e encargo de organização e direção atribuído à Confederação Nacional da Indústria, voltado à formação profissional e educação para o trabalho com intuito de qualificação de profissionais para a indústria.

Posteriormente, outros Serviços Sociais Autônomos foram criados, destacando-se os seguintes:

- a) Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas – SEBRAE, cuja criação foi autorizada e o respectivo encargo conferido ao Poder Executivo federal pela Lei nº 8.029, de 1990³², mediante a desvinculação, como órgão da Administração Pública Federal, do extinto Centro Brasileiro de Apoio à Pequena e Média Empresa – CEBRAE – e sua transformação em serviço social autônomo, cujo objetivo é a execução de programas de auxílio e orientação a empresas de pequeno porte;
- b) Serviço Social Autônomo “Associação das Pioneiras Sociais”, instituição gestora da Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor, cuja criação foi autorizada e conferida ao Poder Executivo federal pela Lei nº 8.246, de 1991³³, com o objetivo de prestar assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população e desenvolver atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde, em cooperação com o Poder Público;

- c) Serviço Nacional de Aprendizagem Rural – SENAR, cuja criação foi determinada pelo artigo 62 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT-CF/88 – e efetivada pela Lei nº 8.315, de 1991 ³⁴, com encargo de organização e direção conferido à Confederação Nacional da Agricultura, voltado à organização, à administração e à execução em todo o território nacional do ensino da formação profissional rural e da promoção social do trabalhador rural;
- d) Serviço Social do Transporte – SEST – e o Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte – SENAT –, cuja criação foi autorizada pela Lei nº 8.706, de 1993 ³⁵, e respectivo encargo conferido à Confederação Nacional do Transporte, com funções análogas às do SESI, do SENAC, do SESC e do SESI, mas voltados aos serviços de transporte desempenhados pelas empresas ou pelos trabalhadores rodoviários e autônomos;
- e) Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo – SESCOOP, cuja criação foi autorizada e conferida ao Poder Executivo federal pela Medida Provisória nº 1.715, de 1998 ³⁶, que, após diversas reedições, se encontra disciplinada atualmente pela Medida Provisória nº 2.168-40, de 2001 ³⁷, com o objetivo de organizar, administrar e executar em todo o território nacional o ensino de formação profissional, desenvolvimento e promoção social do trabalhador em cooperativa e dos cooperados;
- f) Agência de Promoção de Exportações do Brasil – APEX-Brasil, cuja criação foi autorizada e conferida ao Poder Executivo federal pela Lei nº 10.668, de 2003 ¹², resultante de desmembramento do SEBRAE, com o objetivo de promover a execução de políticas de promoção de exportações, em cooperação com o Poder Público, especialmente as que favoreçam as empresas de pequeno porte e a geração de empregos;
- g) Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial – ABDI, cuja criação foi autorizada e conferida ao Poder Executivo federal pela Lei nº 11.080, de 2004 ³⁸, com a finalidade de promover a execução de políticas de desenvolvimento industrial, especialmente as que contribuam para a geração de empregos, em consonância com as políticas de comércio exterior e de ciência e tecnologia; e
- h) Agência Nacional de Assistência Técnica e Extensão Rural – ANATER, cuja criação foi autorizada e conferida ao Poder Executivo federal pela Lei nº 12.897, de 2013 ³⁹, com a finalidade de promover a execução de políticas de desenvolvimento da assistência técnica e extensão rural, especialmente as que contribuam para a elevação da produção, da produtividade e da qualidade dos produtos e serviços rurais, para a

melhoria das condições de renda, da qualidade de vida e para a promoção social e de desenvolvimento sustentável no meio rural.

Conforme dito anteriormente, os Serviços Sociais Autônomos exercem atividades sociais que não são de prestação exclusiva pelo Estado, atuando em colaboração com o Poder Público e sem perder as suas ações a natureza de atividade privada de interesse público.

Na área da saúde, a atuação dos Serviços Sociais Autônomos tem por parâmetro a citada Associação das Pioneiras Sociais, instituição gestora da Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor, regulada pela Lei nº 8.246, de 1991³³, e pelo Decreto nº 371, de 1991⁴⁰. Trecho da exposição feita sobre essa entidade paraestatal pelo Egrégio Supremo Tribunal Federal, por meio do voto-vista elaborado pelo Ministro Gilmar Mendes, bem elucida a matéria, nos seguintes termos:

Como todos sabem a Rede Sarah de Hospitais localizados nas cidades de Brasília, Salvador, São Luís e Belo Horizonte tem prestado serviços à população, na área de saúde do aparelho locomotor, de incomensurável valia. É de conhecimento geral que, hoje, a Rede Sarah de Hospitais constitui um exemplo, e uma referência nacional e internacional, de administração moderna e eficiente de serviços públicos na área de saúde, prestados à população de forma democrática e transparente.⁴¹

A Associação das Pioneiras Sociais (APS) foi instituída, como Serviço Social Autônomo, de interesse coletivo e de utilidade pública, pela Lei nº 8.246 de 1991³³, com o objetivo de prestar assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população e de desenvolver atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde, em cooperação com o Poder Público (art. 1º).

Como ressalta Sabo Paes⁴², a referida lei expressou o propósito de testar um modelo novo de organização da assistência médico-hospitalar. Para tanto, utilizou-se, como parâmetro e referência, a experiência da Fundação das Pioneiras Sociais, fundação de direito privado, instituída em 1960, sediada no Distrito Federal e mantida pelo Poder Público para o atendimento à saúde. A lei extinguiu a Fundação das Pioneiras Sociais, cujo patrimônio foi incorporado ao da União pelo Ministério da Saúde e logo posto à administração do então criado Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais.

O contrato de gestão foi assinado no final do ano de 1991 entre os Ministérios da Saúde, Fazenda e Administração Federal, de um lado, e a Associação das Pioneiras Sociais (APS), de outro. Desde então, como ressalta Sabo Paes⁴², a APS tem

perseguido com determinação a implantação de elevados padrões éticos de comportamento funcional e administrativo instituídos pela Lei nº 8.246, de 1991 ³³, de acordo com as decisões do Tribunal de Contas da União. A APS tem conseguido implementar as metas operacionais explicitadas no contrato de gestão após todos esses anos de existência.

Assim, como afirma Sabo Paes, “o caráter autônomo da gestão desse serviço de saúde, que oferece a todas as camadas da população a assistência médica gratuita e de qualidade, fez da APS a primeira instituição pública não estatal brasileira atuando como uma rede de hospitais públicos que prestam serviços de ortopedia e de reabilitação por meio de quatro unidades hospitalares localizadas em Brasília, Salvador, São Luís e Belo Horizonte, e tem o seu programa de trabalho plurianual calcado nos seguintes objetivos gerais: 1) prestar serviço médico qualificado e público na área da medicina do aparelho locomotor; 2) formar recursos humanos e promover a produção de conhecimento científico; 3) gerar informações nas áreas de epidemiologia, gestão hospitalar, controle de qualidade e de custos dos serviços prestados; 4) exercer ação educacional e preventiva visando à redução das causas das patologias atendidas pela Rede; 5) construir e implantar novas unidades hospitalares, expandindo o modelo gerencial e os serviços da Rede para outras regiões do país; e desenvolver tecnologia nas áreas de construção hospitalar, de equipamentos hospitalares e de reabilitação” ⁴².

Além das características básicas atribuídas aos Serviços Sociais Autônomos, já mencionadas anteriormente, é cabível a citação de outros atributos relevantes também aplicáveis à Associação das Pioneiras Sociais, quais sejam:

- a) depende de aprovação de seu orçamento pelo Ministério da Saúde;
- b) está vinculada, para fins de controle, ao Ministério da Saúde;
- c) no caso de sua extinção, os legados, doações e heranças que lhe forem destinados, bem como os demais bens que venha a adquirir ou produzir serão incorporados ao patrimônio da União;
- d) possibilidade de celebrar contratos de prestação de serviços com quaisquer pessoas físicas ou jurídicas, sempre que considere ser essa a solução mais econômica para atingir os objetivos previstos no contrato de gestão;
- e) obediência dos empregados por ela contratados, aí incluído os membros da diretoria, aos seguintes princípios:
 - e.1) proibição de contratação de servidores e empregados públicos em atividade;
 - e.2) tempo integral;

- e.3) dedicação exclusiva; e
- e.4) salário fixo, proibida a percepção de qualquer vantagem ou remuneração de qualquer outra fonte de natureza retributiva, excetuados proventos de aposentadoria ou pensão ou renda patrimonial;
- f) eleição de sua diretoria (Presidente, Vice-Presidente, Secretário-Executivo e Tesoureiro) para exercício de mandato fixo, sendo admitida a reeleição pelo Conselho de Administração;
- g) outros órgãos e entidades governamentais são autorizados a repassar recursos ao Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais, mediante convênios para custear a execução de projetos de interesse social nas áreas das atividades previstas no objetivo social desta; e
- h) possibilidade de também celebrar convênios e contratos com pessoas jurídicas de direito privado para custear projetos e programas compatíveis com seus objetivos sociais, desde que não haja qualquer prejuízo na universalidade do atendimento.

No entanto, verifica-se que na área da saúde a doutrina é divergente quanto ao correto enquadramento das atividades realizadas pelos Serviços Sociais Autônomos em relação ao tipo de atuação que estaria sendo exercida pelo Poder Público, uma vez que seria possível uma espécie de “confusão jurídica” dos mesmos em comparação com as ações prestadas pelas organizações sociais.

Para di Pietro ²⁸, os Serviços Sociais Autônomos atuariam com fundamento no artigo 199 da Constituição Federal, que dispõe sobre a assistência à saúde como atividade livre à iniciativa privada, ou seja, as ações e os serviços de saúde seriam não exclusivas do Estado, sendo por ele incentivadas, mas sob o pressuposto de que o Poder Público não teria deixado de executar as semelhantes ações e serviços públicos de saúde que a lei lhe atribuiu, nem teria extinto qualquer de seus órgãos ou entidades. Por outro lado, as organizações sociais atuariam com fundamento no artigo 196 da Constituição Federal, que dispõe sobre a saúde como um dever do Estado, ou seja, a saúde como um serviço público próprio, exclusivo, do Estado, sendo que, no caso de execução por particulares, esse exercício ocorreria por força de delegação do Poder Público e sob a observância das normas que regem a saúde pública na Lei Maior, em especial as da gratuidade, da universalidade e da submissão obrigatória ao Sistema Único de Saúde, ou seja, o Estado delegaria uma atividade que a legislação lhe atribuiu, deixando de exercê-la, extinguindo um órgão ou entidade pública para, em seu lugar, deixar nascer uma entidade privada.

Inclusive por força desse entendimento que a doutrinadora não admite o enquadramento da Associação das Pioneiras Sociais nem como um Serviço Social Autônomo e nem como uma organização social, considerando-a uma “utilização indevida da parceria com o setor privado como forma de fugir ao regime jurídico publicístico”, encontrando-se em situação inteiramente irregular qualquer que seja a natureza que se lhe atribua: a) se entidade da Administração Indireta, a irregularidade tem fundamento na inobservância de dispositivos constitucionais, simplesmente afastados mediante a celebração de contratos de gestão; e b) se entidade particular, sua função igualar-se-ia ao das fundações de apoio, cuja situação irregular perante o Poder Público está comprovada pela legislação, doutrina e jurisprudência pátrias.

Em outro sentido, José Eduardo Sabo Paes ⁴³ defende a caracterização da Associação das Pioneiras Sociais como um Serviço Social Autônomo, porém com uma caracterização ímpar. O referido autor dispõe sobre a aludida entidade paraestatal como uma espécie de entidade de assistência social e filantrópica por natureza e também por reconhecimento legal, ou seja, a Associação das Pioneiras Sociais é uma organização social cujos requisitos de titulação já lhe foram atribuídos pela lei, entendimento esse amparado no Parecer nº 169, de 1998 ⁴⁴, lavrado pelo ex-Advogado-Geral da União, Ministro Geraldo Quintão, que foi aprovado pelo Excelentíssimo Senhor Presidente da República por meio de Nota publicada no Diário Oficial de 8 de outubro de 1998, p.1, retificada no Diário Oficial de 16 de outubro de 1998, p.3 ⁴⁵.

Entende, nesse caso, que a Associação das Pioneiras Sociais teria natureza híbrida, formalmente e materialmente como um Serviço Social Autônomo, mas com especificidades formais que lhe conferem o atributo de organização social, orientação essa que afastaria, com todas as ressalvas possíveis, o questionamento e as irregularidades supramencionadas pela professora di Pietro ²⁸ quanto à atuação da referida entidade na área da saúde. Além disso, em que pese à extinção da Fundação das Pioneiras Sociais, não houve, à época, a adoção de metodologia adequada para esse fim uma vez que, em verdade, bastaria a transformação da referida fundação em uma entidade paraestatal. Assim, para fins de adequação aos fundamentos adotados pela ilustre doutrinadora, não seria necessária a extinção da aludida fundação, mas apenas a sua transformação em entidade paraestatal, o que demonstra a correição em conferir-lhe o caráter de Serviço Social Autônomo.

Este ensaio orienta-se, ainda, no sentido de que a Constituição Federal, ao dispor em seu artigo 197 que as ações e os serviços relacionados à área de saúde sejam

executados “diretamente ou através de terceiros, e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”, admitiu a instituição de parcerias entre organizações privadas e o Poder Público desde que previstas em lei, o que, no presente caso, está acobertado pelos artigos 24 e seguintes da Lei nº 8.080 de 1990², e pela lei instituidora do eventual Serviço Social Autônomo a ser criado para atuar na área da saúde indígena, como no caso da Associação das Pioneiras Sociais, uma vez que adequada a referida pretensão às diretrizes relacionadas nos contratos de gestão celebrados com entidades paraestatais assim criadas para tal fim, além de não estar contida a prestação dessas atividades materiais ligadas à prestação de serviço público de saúde entre as hipóteses de vedação para a utilização dessa modalidade sob análise.

Cabe ressaltar que, interpretando-se a previsão contida nos artigos 196 a 199 da Constituição Federal, vislumbra-se na esfera pública de prestação dos serviços de saúde a obrigação do Estado de garantir a sua existência e a sua prestação em favor da população, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, sendo esse dever cumprido diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada no SUS, segundo suas diretrizes e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

A titularidade da efetivação do direito à saúde dos cidadãos é do Estado, porém a sua prestação pode se realizar por sujeitos a ele distintos, sob a gestão operacional estatal, sem desconstituição do fim público da atividade realizada. Segundo a doutrina de Celso Antônio Bandeira de Mello, “não se deve confundir a titularidade do serviço com a titularidade da prestação do serviço. Uma e outra são realidades jurídicas visceralmente distintas”⁴⁵. Em consequência, o Estado é o titular do serviço, ou seja, o sujeito que “detém ‘senhoria’ sobre eles”, ao passo que o ente privado apenas detém a titularidade da prestação. Essa diferenciação conduz ao entendimento de que a gestão do serviço, assim como a sua condução, caberá ao titular do serviço. Nessa esteira, segundo a lição de José dos Santos Carvalho Filho, “o Estado, por sua conveniência, transfere os encargos da prestação a outras pessoas, nunca abdicando, porém, do dever de controle sobre elas, como é lógico, variável de conformidade com a forma específica de transferência”⁴⁶.

O entendimento supramencionado pode ser assim sintetizado: a prestação dos cuidados em saúde em favor dos cidadãos não pode ser negada quando a inexistência de serviços decorre da própria falta de capacidade do Estado de viabilizá-la, seja

por dificuldades na gestão operacional dos serviços públicos prestados, seja pela insuficiência do aparelho estatal em satisfazer a demanda progressiva que lhe é submetida, entre outras causas. Nesse caso, a Administração Pública pode celebrar convênio ou contrato de direito público com entidades privadas visando ao atendimento da população, ainda mais quando evidenciado o seu caráter assistencial e sem fins lucrativos. No presente, a instituição de serviços sociais autônomos pelo Poder Público e a consequente celebração de contratos de gestão para prestação de atividades sociais ligadas à assistência à saúde se enquadraria perfeitamente entre as diretrizes para o cumprimento dos deveres constitucionais a serem executados pelo Estado, inserindo-se, aí, a obediência ao princípio constitucional da eficiência, tão idealizado e de instrumentalidade ainda em construção para o seu alcance nos dias atuais.

Ao se buscar alternativas para a consecução do direito à saúde da população indígena, pretende-se que o Poder Público se harmonize com os mandamentos constitucionais acima expostos, sendo o Serviço Social Autônomo dirigido à área da saúde um dos possíveis instrumentos a serem avaliados no tocante à efetividade de sua utilização. Salienta-se, no entanto, a necessidade de preservação da gratuidade, integralidade, universalidade das ações e dos serviços, com controle social, e a obediência às diretrizes do SUS, uma vez que as atividades serão desempenhadas tendo como público-alvo os demandantes por serviços públicos de saúde.

Diante de todos os aspectos jurídicos acima expostos, entende-se que há plena viabilidade para a criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena como modelo de Serviço Social Autônomo, porque observados todos os requisitos supracitados, pode a presente proposta ser encaminhada por meio de Anteprojeto de Lei porque está absolutamente conforme as disposições legais e constitucionais a respeito da matéria. Na espécie, a proposta legislativa demonstrará a relevância conferida pelo Estado brasileiro à proteção do direito à saúde, do direito à assistência integral à saúde e, ainda, do princípio da dignidade da pessoa humana aos cidadãos indígenas brasileiros, direitos fundamentais consagrados no texto da Constituição Federal, nos termos dos artigos 1º, III, 6º e 196, que possuem aplicabilidade imediata e que devem estar amparados por todos os meios necessários para a sua efetivação, nos seguintes termos:

“Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

(...);

III - a dignidade da pessoa humana;”

“Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

“Art. 196. 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.”

No mesmo sentido, cita-se a previsão contida no artigo 2º, *caput* e § 1º, da Lei nº 8.080 de 1990², assim expresso:

“Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.”

Os direitos sociais consubstanciam a segunda geração de direitos humanos e expressam as liberdades positivas cujo conteúdo exige um agir do Estado para a sua concretização. Esses direitos norteiam a relação entre os indivíduos e o Estado, com o objetivo de garantir as condições mínimas para a existência digna dos indivíduos, protegendo e promovendo a dignidade da pessoa humana enquanto fundamento essencial do Estado Democrático de Direito. A atuação do Estado se expressa, na execução de políticas públicas voltadas ao setor saúde, principalmente por intermédio do SUS, cujas atribuições serão devidamente amparadas por esta proposta para a execução de atividades de sua competência.

Portanto, em relação à constitucionalidade da medida proposta sob a temática inerente à saúde e às atribuições do Ministério da Saúde, entende-se que não há obstáculos para apresentação de proposta legislativa neste sentido ao Congresso Nacional pela União e, em caso de aprovação, sua inclusão no ordenamento jurídico pátrio, nos termos em que propostos.

Dos aspectos formais de natureza constitucional e legal

Em relação aos aspectos formais da proposta, verifica-se que a mesma se

encontra adequada aos parâmetros formais de natureza constitucional e legal que a regem.

Quanto à espécie normativa a ser utilizada para apresentação da proposta, propõe-se que a mesma seja encaminhada por meio de projeto de lei ordinária, eis que as matérias disciplinadas não estão sob reserva de lei complementar. Vislumbra-se, ainda, o atendimento dos aspectos de juridicidade, quais sejam: i) adequação do meio eleito para o alcance dos objetivos pretendidos (normatização via edição de lei); ii) inovação no ordenamento jurídico; iii) generalidade; iv) potencial de coercitividade; e v) compatibilidade com os princípios dirigentes do ordenamento jurídico pátrio.

Conclusão

Como se pode observar, a proposta de instituição, pela União, do Serviço Social Autônomo denominado Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI), que visa aperfeiçoar os mecanismos de governança do SASISUS e de aperfeiçoamento da SESAI, além de encontrar justificativas técnicas, operacionais e de logística, dada a complexidade da execução das ações de saúde e saneamento básico para os 305 povos indígenas do Brasil, que falam 274 línguas distintas e vivem em todo o território nacional, encontra também o devido fundamento constitucional para ser encaminhada pela União ao Congresso Nacional pela Excelentíssima Senhora Presidenta da República. Não foram tratados aqui outros modelos de governança por limitação de espaço, mas que poderão ser objeto de debates por ocasião da tramitação da proposta por ocasião de sua tramitação no Legislativo Nacional.

Referências

1. BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.
2. _____. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055- 18059.
3. _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694-2569.

4. _____. Leis Orgânicas da Saúde nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Lei AROUCA. “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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 set. 1999. Seção 1. 1999.
5. _____. Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010. Altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, e 8.029, de 12 de abril de 1990, que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal; revoga dispositivos da Lei no 10.678, de 23 de maio de 2003; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 ago. 2010.
6. _____. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez. 1990. Seção 1, p.23935, 1990.
7. _____. Leis Orgânicas da Saúde nº 10.683, de 28 de maio de 2003, Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 maio. 2003. Seção 1.
8. CARVALHO FILHO, JS. *Manual de Direito Administrativo*. 19 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008. p. 415-416;
9. BRASIL. Decretos-lei nº 9.403, de 25 de junho de 1946. Atribui à Confederação Nacional da Indústria o encargo de criar, organizar e dirigir o Serviço Social da Indústria, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 jun. 1946. Seção 1, p. 9619, 1946.
10. _____. Decretos-lei nº 9.853, de 13 de setembro de 1946. Atribui à Confederação Nacional do Comércio o encargo de criar e organizar o Serviço Social do Comércio e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 set. 1946. Seção 1, p. 2947, 1946.
11. DI PIETRO, MSZ. **Parcerias na Administração Pública**: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. São Paulo: Atlas, 2005. p. 274-275.
12. BRASIL. Lei nº 10.668, de 14 de maio de 2003. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Agência de Promoção de Exportações do Brasil - Apex-Brasil, altera os arts. 8º e 11 da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 maio. 2003. Seção 1, p. 03, 2003.
13. _____. Lei nº 2.613, de 23 de setembro de 1955. Autoriza a União a criar uma Fundação denominada Serviço Social Rural. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 set. 1955. Seção 1, p. 18113, 1955.
14. _____. Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma

Administrativa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 fev. 1967. Seção 1- Suplemento, p. 04, 1967.

15. MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 27. ed. São Paulo: Malheiros, 2002. 790p.

16. BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Seção 1, p.01, 2002 .

17. _____. Recurso Extraordinário nº 210.251 - EDv, STF, Redator para o Acórdão Ministro Gilmar Mendes, Plenário, DJ de 28/11/2003; e Recurso Extraordinário nº 186.175-EDcl-EDv, STF, Relatora Ministra Ellen Gracie, Plenário, Diário Justiça, Brasília, DF, de 17 nov. 11.2006.

18. _____. Lei nº 12.016, de 07 de agosto de 2009. Altera disposições do Código do Processo Civil, relativas ao Mandado de Segurança. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 ago. 2009.

19. _____. Lei nº 4.717, de 29 de junho de 1965. Regula a ação popular. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 jun. 1965. Seção 1, p. 6241,1965.

20. _____. Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992. Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 jun. 1992. Seção 1, p. 6993,1992.

21. _____. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 jun. 1993. Seção 1, p. 8269,1993.

22. _____. Decisão nº 907/1997, TCU, Relator Ministro Lincoln Magalhães da Rocha, Plenário, Sessão de 11/12/1997, Diário Oficial da União, Brasília, DF 26 dez. 1997; e Decisão nº 461/1998, TCU, Relator Ministro Lincoln Magalhães da Rocha, Plenário, Sessão de 22/07/1998. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 ago. 1998.

23. _____. Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976. Dispõe sobre as Sociedades por Ações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 dez. 1976. Seção Suplemento. 1976.

24. _____. Acórdão nº 2.328/2006, TCU, Relator Ministro Ubiratan Aguiar, Plenário, Sessão de 06/12/2006, DOU de 13/12/2006; e Acórdão nº 288/2007, TCU, Relator Ministro Marcos Bemquerer, Sessão de 07/03/2007. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 março 2007.

25. _____. Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003. Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3 do art. 142 da Constituição Federais e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2003.

26. _____. Acórdão nº 17/99, TCU, Relator Ministro Lincoln Magalhães da Rocha, Sessão de 03/03/1999, DOU de 12/03/1999; Acórdão nº 195/97, TCU, Relator Ministro José Antônio Barreto de Macedo, 2ª Câmara, Sessão de 24/04/1997, DOU de 13/05/1997; e Acórdão nº 508/2005, TCU, Relator Ministro Augusto Sherman Cavalcanti, 1ª Câmara, Sessão de 29/03/2005, Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 abril. 2005.
27. _____. Lei nº 8.730, de 10 de novembro de 1993. Estabelece a obrigatoriedade da declaração de bens e rendas para o exercício de cargos, empregos e funções nos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 nov. 1993. Seção 1, p. 16929, 1993.
28. DI PIETRO, Maria Sylvia Zannella. *Direito Administrativo*. 13 ed. São Paulo: Atlas, 2001. p. 407.
29. BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1940.
30. _____. Decreto-lei nº 8.621, de 10 de janeiro de 1946. Dispõe sobre a criação do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 jan. 1946. Seção 1, p. 541, 1946.
31. _____. Decreto-lei nº 4.048, de 22 de janeiro de 1942. Cria o Serviço Nacional de Aprendizagem dos Industriários (SENAI). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 jan. 1942. Seção 1. 1942.
32. _____. Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990. Dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração Pública Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 abril. 1990. Seção 1, p.7101,1990.
33. _____. Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 out. 1991. Seção 1, p.23281,1991.
34. _____. Lei nº 8.315, de 23 de dezembro de 1991. Dispõe sobre a criação do Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (Senar) nos termos do art. 62 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 dez. 1991. Seção 1, p. 30264, 1991.
35. _____. Lei nº 8.706, de 14 de setembro de 1993. Dispõe sobre a criação do Serviço Social do Transporte - SEST e do Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte - SENAT. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 set. 1993. Seção 1, p. 13717, 1993.
36. _____. Medida Provisória nº 1.715, de 3 de setembro de 1998. Dispõe sobre o Programa de Revitalização de Cooperativas de Produção Agropecuária - RECOOP, autoriza a criação do Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo - SESCOOP, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 set. 1998. Seção 1, p. 01, 1998.
37. _____. Medida Provisória nº 2.168-40, de 24 de agosto de 2001. Dispõe

sobre o Programa de Revitalização de Cooperativas de Produção Agropecuária - RECOOP, autoriza a criação do Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo - SESCOOP, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 ago. 2001. Seção 1, p. 34, 2001.

38. _____. Lei nº 11.080, de 30 de dezembro de 2004. Autoriza o Poder Executivo a instituir Serviço Social Autônomo denominado Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial - ABDI, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2004. Seção 1, p. 08, 2004.

39. _____. Lei nº 12.897, de 18 de dezembro de 2013. Autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência Nacional de Assistência Técnica e Extensão Rural - ANATER e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 dez. 2013. Seção 1, p. 01, 2013.

40. _____. Decreto nº 371, de 20 de dezembro de 1991. Institui o Serviço Social Autônomo "Associação das Pioneiras Sociais", e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1991. Seção 1, p. 30022., 1991.

41. MENDES, G. F. Voto-Vista da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923-MC, STF, Plenário, DJ de 21/09/2007.

42. PAES, J. E. S. *Fundações e entidades de interesse social: aspectos jurídicos, administrativos, contábeis e tributários*. 3 ed. Brasília: Brasília Jurídica, 2001, p. 88.

43. PAES, J. E. S. *Fundações e entidades de interesse social: aspectos jurídicos, administrativos, contábeis e tributários*. 5 ed. Brasília: Brasília Jurídica, 2004, p. 121-127.

44. BRASIL. Parecer nº 169, de 6 de outubro de 1998. Ministério da Previdência e Assistência Social. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 out. 1998.

45. BANDEIRA DE MELLO, CA. *Curso de direito administrativo*. 15 ed. São Paulo: Malheiros, 2002. p. 620.

46. CARVALHO FILHO, JS. *Manual de direito administrativo*. 8 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se com a realização desta pesquisa que a decisão política de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, no âmbito do Ministério da Saúde, e a sua efetivação na prática, atendeu uma reivindicação histórica dos povos indígenas aprovada na plenária final da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada em novembro de 1986, sete meses após a etapa final da memorável 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, que definiu os princípios e as diretrizes do que viria a ser o Sistema Único de Saúde (SUS) criado e inserido na Constituição Cidadã de 1988:

A criação da SESAI trouxe avanços consideráveis no que diz respeito à melhoria dos indicadores de saúde e também no próprio acesso das comunidades às ações e aos serviços de saúde, fator que era um dos principais gargalos da atenção básica e do saneamento básico ofertados a esses povos anteriormente.

As melhorias e os avanços apontados por esta pesquisa não elege a saúde indígena do Brasil como perfeita, pois para que atinja patamares aceitáveis em termos de qualidade é preciso que o governo federal implemente ações complementares para assegurar que as diferentes peculiaridades dos 305 povos indígenas possam ser respeitadas e contempladas e eles passem a ser protagonistas do processo e ter melhores condições de saúde e de vida.

É possível concluir, ainda, que a proposta de instituição, pela União, do Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI), um Serviço Social Autônomo que visa aperfeiçoar os mecanismos de governança do SASISUS e de aperfeiçoamento da SESAI, além de encontrar justificativas técnicas, operacionais e de logística, dada a complexidade da execução das ações de saúde e saneamento básico para os 305 povos indígenas do Brasil, que falam 274 línguas distintas e vivem em todo o território nacional, encontra também o devido fundamento constitucional para ser aprovado pelo Congresso Nacional após o encaminhamento do PL nº 3.501/2015 pela Excelentíssima Senhora Presidenta da República Dilma Rousseff. Não foram tratados aqui outros modelos de governança por limitação de espaço, mas que poderão ser objeto de debates por ocasião da tramitação da proposta por ocasião de sua tramitação no Legislativo Nacional.

É preciso reconhecer, portanto, que a herança deixada pelas lacunas históricas acarretou sérios problemas estruturais atuais e as ações assistenciais centradas na oferta esporádica, emergencial e não sistemática de serviços básicos de saúde prestados ao

longo do tempo geraram um ciclo vicioso por parte dos profissionais em resistir às ações da atenção primária. É importante pontuar, conclusivamente, que os esforços realizados pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria Especial de Saúde Indígena, em alinhar as ações de atenção básica, tem surtido muitos efeitos positivos, visivelmente refletidos nos indicadores de saúde.

A constituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, como componente do SUS, gerou transformações consideráveis nos princípios estruturais da PNASPI no Brasil, tomando o lugar de um modelo até então mais fragmentado entre “ações campanhistas e emergenciais, vulneráveis em sua base de financiamento e sem infraestrutura e corpo técnico qualificado para coordenar e executar as ações de saúde”.

Por fim, é preciso reconhecer as fragilidades e dificuldades existentes na gestão do Subsistema atualmente em vigor para que assim se possa fortalecê-lo, através do trabalho conjunto das representações sociais, para que seja possível vencer as dificuldades de oferecer serviços regulares, sistemáticos, diferenciados e integrais mesmo em meio a um universo complexo e dinâmico dos povos indígenas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BANDEIRA DE MELLO, CA. *Curso de direito administrativo*. 15 ed. São Paulo: Malheiros, 2002.
2. BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.
3. BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1940.
4. BRASIL. Decretos-lei nº 9.403, de 25 de junho de 1946. Atribui à Confederação Nacional da Indústria o encargo de criar, organizar e dirigir o Serviço Social da Indústria, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 jun. 1946. Seção 1, p. 9619, 1946.
5. BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Seção 1, p.01, 2002 .
6. BRASIL. Lei nº 10.668, de 14 de maio de 2003. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Agência de Promoção de Exportações do Brasil - Apex-Brasil, altera os arts. 8º e 11 da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 maio. 2003. Seção 1, p. 03, 2003.
7. _____. Acórdão nº 17/99, TCU, Relator Ministro Lincoln Magalhães da Rocha, Sessão de 03/03/1999, DOU de 12/03/1999; Acórdão nº 195/97, TCU, Relator Ministro José Antônio Barreto de Macedo, 2ª Câmara, Sessão de 24/04/1997, DOU de 13/05/1997; e Acórdão nº 508/2005, TCU, Relator Ministro Augusto Sherman Cavalcanti, 1ª Câmara, Sessão de 29/03/2005, Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 abril. 2005.
8. _____. Acórdão nº 2.328/2006, TCU, Relator Ministro Ubiratan Aguiar, Plenário, Sessão de 06/12/2006, DOU de 13/12/2006; e Acórdão nº 288/2007, TCU, Relator Ministro Marcos Bemquerer, Sessão de 07/03/2007. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 março 2007.
9. _____. Decisão nº 907/1997, TCU, Relator Ministro Lincoln Magalhães da Rocha, Plenário, Sessão de 11/12/1997, Diário Oficial da União, Brasília, DF 26 dez. 1997; e Decisão nº 461/1998, TCU, Relator Ministro Lincoln Magalhães da Rocha, Plenário, Sessão de 22/07/1998. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 ago. 1998.
10. _____. Decreto nº 371, de 20 de dezembro de 1991. Institui o Serviço Social Autônomo "Associação das Pioneiras Sociais", e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1991. Seção 1, p. 30022., 1991.
11. _____. Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 fev. 1967. Seção 1- Suplemento, p. 04, 1967.

12. _____. Decreto-lei nº 4.048, de 22 de janeiro de 1942. Cria o Serviço Nacional de Aprendizagem dos Industriários (SENAI). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 jan. 1942. Seção 1. 1942.
13. _____. Decreto-lei nº 8.621, de 10 de janeiro de 1946. Dispõe sobre a criação do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 jan. 1946. Seção 1, p. 541,1946.
14. _____. Decretos-lei nº 9.853, de 13 de setembro de 1946. Atribui à Confederação Nacional do Comércio o encargo de criar e organizar o Serviço Social do Comércio e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 set. 1946. Seção 1, p. 2947, 1946.
15. _____. Emenda Constitucional nº 41, de 19 de dezembro de 2003. Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3 do art. 142 da Constituição Federais e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2003.
16. _____. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez. 1990. Seção 1, p.23935, 1990.
17. _____. Lei nº 11.080, de 30 de dezembro de 2004. Autoriza o Poder Executivo a instituir Serviço Social Autônomo denominado Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial - ABDI, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2004. Seção 1, p. 08, 2004.
18. _____. Lei nº 12.016, de 07 de agosto de 2009. Altera disposições do Código do Processo Civil, relativas ao Mandado de Segurança. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 ago. 2009.
19. _____. Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010. Altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, e 8.029, de 12 de abril de 1990, que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal; revoga dispositivos da Lei no 10.678, de 23 de maio de 2003; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 ago. 2010.
20. _____. Lei nº 12.897, de 18 de dezembro de 2013. Autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência Nacional de Assistência Técnica e Extensão Rural - ANATER e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 dez. 2013. Seção 1, p. 01, 2013.
21. _____. Lei nº 2.613, de 23 de setembro de 1955. Autoriza a União a criar uma Fundação denominada Serviço Social Rural. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 set. 1955. Seção 1, p. 18113, 1955.
22. _____. Lei nº 4.717, de 29 de junho de 1965. Regula a ação popular. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 jun. 1965. Seção 1, p. 6241,1965.

23. _____. Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976. Dispõe sobre as Sociedades por Ações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 dez. 1976. Seção Suplemento. 1976.
24. _____. Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990. Dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração Pública Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 abril. 1990. Seção 1, p.7101. 1990.
25. _____. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055-18059.
26. _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694-2569.
27. _____. Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 out. 1991. Seção 1, p.23281,1991.
28. _____. Lei nº 8.315, de 23 de dezembro de 1991. Dispõe sobre a criação do Serviço Nacional de Aprendizagem Rural (Senar) nos termos do art. 62 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 dez. 1991. Seção 1, p. 30264, 1991.
29. _____. Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992. Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 jun. 1992. Seção 1, p. 6993,1992.
30. _____. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 jun. 1993. Seção 1, p. 8269,1993.
31. _____. Lei nº 8.706, de 14 de setembro de 1993. Dispõe sobre a criação do Serviço Social do Transporte - SEST e do Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte - SENAT. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 set. 1993. Seção 1, p. 13717, 1993.
32. _____. Lei nº 8.730, de 10 de novembro de 1993. Estabelece a obrigatoriedade da declaração de bens e rendas para o exercício de cargos, empregos e funções nos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 nov. 1993. Seção 1, p. 16929, 1993.
33. _____. Leis Orgânicas da Saúde nº 10.683, de 28 de maio de 2003, Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras

providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 maio. 2003. Seção 1.

34. _____. Leis Orgânicas da Saúde nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Lei AROUCA. “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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 set. 1999. Seção 1. 1999.

35. _____. Medida Provisória nº 1.715, de 3 de setembro de 1998. Dispõe sobre o Programa de Revitalização de Cooperativas de Produção Agropecuária - RECOOP, autoriza a criação do Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo - SESCOOP, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 set. 1998. Seção 1, p. 01, 1998.

36. _____. Medida Provisória nº 2.168-40, de 24 de agosto de 2001. Dispõe sobre o Programa de Revitalização de Cooperativas de Produção Agropecuária - RECOOP, autoriza a criação do Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo - SESCOOP, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 ago. 2001. Seção 1, p. 34, 2001.

37. _____. Recurso Extraordinário nº 210.251 - EDv, STF, Redator para o Acórdão Ministro Gilmar Mendes, Plenário, DJ de 28/11/2003; e Recurso Extraordinário nº 186.175-EDcl-EDv, STF, Relatora Ministra Ellen Gracie, Plenário, Diário Justiça, Brasília, DF, de 17 nov. 11.2006.

38. BRASIL. Parecer nº 169, de 6 de outubro de 1998. Ministério da Previdência e Assistência Social. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 out. 1998.

39. CARVALHO FILHO, JS. *Manual de Direito Administrativo*. 19 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008. p. 415-416.

40. CARVALHO FILHO, JS. *Manual de direito administrativo*. 8 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

41. COSTA, D. C. Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, R.J. 4(3) : 338-401. Out/dez 1987.

42. DI PIETRO, Maria Sylvia Zannella. *Direito Administrativo*. 13 ed. São Paulo: Atlas, 2001. p. 407.

43. DI PIETRO, MSZ. **Parcerias na Administração Pública**: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. São Paulo: Atlas, 2005. p. 274-275.

44. GARNELO, L. Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise situacional do período de 1990 a 2004. Documento de Trabalho n. 09. Universidade Federal de Rondônia e Escola Nacional de Saúde Pública. Porto Velho-RO, 2004.

45. GARNELO, M. L. & PONTES (Org.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Coleção Educação para Todos. MEC-SECADI, 2012.

46. GARNELO, M. L.; MACEDO, G; BRANDÃO, L. C. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Ed. OPAS/Ministério da Saúde. Brasília, 2003.
47. GARNELO, M. 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, 21(4):1217-1223, jul-ago, 2005.
48. 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, 7-11 de Junio de 1999, Isla de Margarita, Venezuela, 1999.
49. Lei nº 9.836. 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-DF, 23 de setembro de 1999c.
50. LIMA JUNIOR, O. B. 1998. As reformas administrativas no Brasil: modelos, sucessos e fracassos. Revista do Serviço Público, Ano 49, n. 2, Abr/Jun 1998.
51. MARTINS, A.L. Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, 2013.
52. MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 27. ed. São Paulo: Malheiros, 2002.
53. MENDES, G. F. Voto-Vista da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923-MC, STF, Plenário, DJ de 21/09/2007.
54. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Desai: 1999-2009 – 10 anos de compromisso com a saúde indígena. Brasília-DF, 2010b.
55. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas. Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002 (DOU nº 26 - Seção 1, p. 46 a 49, de 6 de fevereiro de 2002).
56. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Vigilância em saúde indígena: dados e indicadores selecionados 2010. Brasília: FUNASA, 2010a.
57. OLIVEIRA, J. P., 1995. Muitas terras, pouco índio? Uma introdução (crítica) ao indigenismo e a atualização do preconceito, In: A temática indígena na escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus. Brasília: MEC/Mari/Unesco, p. 61-81.
58. PAES, J. E. S. *Fundações e entidades de interesse social: aspectos jurídicos, administrativos, contábeis e tributários*. 3 ed. Brasília: Brasília Jurídica, 2001, p. 88.
59. PAES, J. E. S. *Fundações e entidades de interesse social: aspectos jurídicos, administrativos, contábeis e tributários*. 5 ed. Brasília: Brasília Jurídica, 2004, p. 121-127.

60. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Dispõe de uma política de atenção à saúde dos povos indígenas [internet]. 2002 [acesso em 2009 set 10]; Disponível em: http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_254_2002.pdf.
61. Portaria nº 755. Acessado em junho de 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0755_18_04_2012.html.
62. RIBEIRO, D. Os índios e a Civilização, Petrópolis: Vozes, 1982.