



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

MÁRIO ROBERTO CASTELLANI

**SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA:
ALTERNATIVA BIOÉTICA DE RESPEITO ÀS DIFERENÇAS**

Brasília

2012

MÁRIO ROBERTO CASTELLANI

**SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA:
ALTERNATIVA BIOÉTICA DE RESPEITO ÀS DIFERENÇAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner

Brasília
2012

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

TERMO DE APROVAÇÃO

SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA:

ALTERNATIVA BIOÉTICA DE RESPEITO ÀS DIFERENÇAS

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Bioética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para outorga do Grau de Mestre em Bioética a MÁRIO ROBERTO CASTELLANI, aprovada em 17 de fevereiro de 2012, pelos seguintes membros da Banca Examinadora:

Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner
Universidade de Brasília - UnB
Presidente da Banca

Prof. Dr. Volnei Garrafa
Universidade de Brasília - UnB
Membro

Profa. Dra. Carla Costa Teixeira
Universidade de Brasília - UnB
Membro

Profa. Dra. Helena Eri Shimizu
Universidade de Brasília - UnB
Membro

Aos povos indígenas, nas pessoas do Cacique Izarari, Kalapalo que recebeu com hospitalidade a expedição Roncador-Xingu às margens do Rio das Mortes, e do Senhor Clóvis Ambrósio, Macuxi de Roraima, com quem muito aprendi sobre outra concepção de mundo, nas reuniões da Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (CISI).

À Doutora Zilda Arns (em memória), médica sanitaria imbuída de espírito dadivoso, minha paciente quando acometida de malária adquirida em viagem de trabalho à África, nos anos 1990. Representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) no Conselho Nacional de Saúde e coordenadora da Cisi incentivou-me e ajudou-me a viabilizar propostas sobre pesquisas e organização da atenção em saúde indígena.

Ao meu saudoso pai, Lucídio Castellani, homem de coração grandioso, bancário desde os 14 anos, que me propiciou o primeiro contato com os indígenas em Dourados-MS, quando lá foi exercer sua profissão em 1969.

À minha mãe, Conceição Bruno Castellani, mulher de fibra e verdadeira, que aos 87 anos continua a transmitir ensinamentos e conselhos sempre com a esperança de dias melhores.

Aos meus filhos, Mariana e Matheus, que me incentivaram a voltar, mesmo tardiamente, à Universidade de Brasília, onde buscam sua formação e participam ativamente da vida estudantil.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Volnei Garrafa, professor titular e coordenador da Cátedra UNESCO e do Programa de Mestrado e Doutorado em Bioética da Universidade de Brasília, bioeticista, um dos pioneiros no Brasil, a quem devo a oportunidade de ingressar no mestrado e realizar esta dissertação, bem como a compreensão política mais atualizada sobre o pensamento bioético contemporâneo.

Ao Professor Miguel Ângelo Montagner, professor adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, sociólogo com Doutorado em Saúde Coletiva, a quem agradeço a paciência e tranquilidade transmitida na orientação deste trabalho, assim como os conhecimentos adquiridos sobre pesquisas qualitativas em saúde.

À Professora Carla Costa Teixeira, professora adjunta do Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, historiadora com Doutorado em Antropologia, representante da Associação Brasileira de Antropologia (ABA) na Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) do Conselho Nacional de Saúde, que aceitou, muito gentilmente, a solicitação para fazer parte da banca examinadora desta dissertação.

Ao Professor Miroslav Milovic, professor titular do Departamento de Direito, filósofo sérvio que me proporcionou os ensinamentos sobre filosofia contemporânea e o alerta contra as novas formas de ideologia. Orientador compreensivo da monografia de conclusão do curso de Filosofia, amigo e compadre.

À amiga Ana Costa, antropóloga, servidora da Funai, responsável pela organização da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas, em 1986, aproximando a atenção aos índios do movimento pela reforma sanitária e de quem sempre ouvi histórias e informações preciosas sobre os indígenas

Ao Professor Wanderson Flores, colega desde os tempos de estudante de filosofia, hoje doutor em Bioética, que me auxiliou a preparar o projeto inicial deste mestrado.

Ao amigo Antônio Madeira, da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que me acompanhou na escrita deste trabalho e na parceria de conversas amenas nos finais do expediente.

Aos colegas e funcionários do Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília, pelas discussões enriquecedoras, incentivo, apoio e pelo compartilhamento de momentos agradáveis e descontraídos.

A Francisco Rafael Amorim e Thaise dos Santos, por colaborarem na formatação final e revisão ortográfica da dissertação.

À Alaídes Gonçalves que sempre conheci por Ana, trabalhadora incansável e que faz um feijão maravilhoso além de manter minha casa em ordem permitindo me dedicar a abstrações e devaneios.

À Cátedra UNESCO de Bioética, pela disponibilidade de espaço, material e informações durante a realização do mestrado.

À Fundação Nacional de Saúde, onde trabalho desde sua constituição há 20 anos, instituição responsável pelo meu aprendizado prático em saúde pública e indígena que permitiu a realização deste trabalho.

“Temos o direito a ser iguais quando a diferença nos inferioriza; temos o direito a ser diferentes quando a igualdade nos descaracteriza” (1).

RESUMO

A implantação da política de atenção à saúde dos povos indígenas contribuiu para melhorar as condições de vida destas populações. Centrada no Subsistema de Saúde Indígena, a atenção diferenciada sofre críticas à sua continuidade. Utilizar o instrumental bioético na defesa das especificidades da saúde indígena motivou a realização desta dissertação. Baseada em metodologia de pesquisa qualitativa, por meio de estudo de caso, utilizando-se de análise documental numa perspectiva hermenêutica, o trabalho foi precedido por revisão bibliográfica. Procurou-se descrever os acontecimentos em uma linha histórica contextualizando saúde indígena e bioética. Constatou-se que desde o “descobrimento” os povos indígenas sofreram ataques aos seus territórios e à sua saúde. Esta situação modificou-se com a República e a transformação laica do Estado. Rondon, ao implantar linhas telegráficas, buscou modificar hábitos coloniais de agressão aos índios. A criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), o aparecimento dos irmãos Villas Bôas e de Noel Nutels criador das unidades sanitárias aéreas, marcam as primeiras ações em saúde indígena. A criação da Funai teve consequências importantes, embora mantendo a política de tutela, dispunha de um setor específico para a saúde, com unidades volantes atuando nas aldeias. O ponto de inflexão para as políticas indigenistas e de saúde foi a Constituição de 1988. Na área de saúde, realizaram-se a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986. Nos anos 1990, com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a bioética passou a integrar as políticas de saúde, vinculada às pesquisas. Disseminada a partir dos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, a bioética, nos anos 2000, transformou-se quando submetida à crítica por outras vertentes do pensamento, voltadas aos problemas sociais. Assim, com a realização do VI Congresso Mundial de Bioética, cuja temática foi “Bioética, Poder e Injustiça”, abriu-se caminho para a politização das questões bioéticas que culminaram na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da Unesco, em que a defesa da pluralidade e da diversidade cultural tem destaque. Com argumentos extraídos da Declaração e também de autores que trabalham com a perspectiva social e pluralista em bioética busca-se defender a atenção diferenciada em saúde indígena. A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, no Ministério da Saúde, contrariando resolução da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, indicam os riscos que corre o atendimento aos povos indígenas. A manutenção do Subsistema ganhou folego com a regulamentação da Lei nº 8.080, que cita a especificidade da atenção aos indígenas. Assim, para assegurar os benefícios alcançados com o Subsistema espera-se, com esta dissertação, apresentar argumentos para a construção de espaços dialógicos e plurais onde os segmentos interessados em saúde indígena desfrutem de instâncias de debate autênticas que assegurem políticas de saúde em bases bioéticas.

Palavras-chave: Bioética; Saúde Indígena; Política de Saúde.

ABSTRACT

Introduction of indigenous population health attention policy has contributed to improve life conditions of such populations. Centered on the Indigenous Health Subsystem, the differentiated attention undergoes criticism towards its continuity. The use of bioethical instrumental in defense of indigenous health specificities has motivated the accomplishment of this work. Based on qualitative research methodology of case study by using documental analysis in a hermeneutic perspective, this dissertation was preceded by a bibliographic review. Thus, it has been sought to describe events in a historical line by contextualizing indigenous health and bioethics. It has been found that indigenous peoples have suffered attacks to their territories and to their health since the “discovery”. This situation was modified with the Republic and laic transformation of the State. Rondon, by establishing telegraph lines, changing habits of colonial aggression against the Indians. Creation of Protection Service to Indians (SPI), appearance of personalities such as the Villas Bôas brothers and Noel Nutels, creator of the Airborne Sanitary Service Units, have promoted the first systematic actions of intervention in indigenous health. The replacement of old SPI by Funai had important consequences. Funai would have a specific sector for health, with mobile health units operating in villages. The inflexion point for indigenous and health policies was the Constitution of 1988. In health, the historic 8th Health Conference and the 1st Conference of Health Protection of the Indigenous People were held in 1986. In the nineties, with Resolution no. 196, bioethics started to integrate health policies linked to researches in its principlism model. Disseminated from the principles of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice, bioethics transformed itself throughout the 2000years when it was submitted to criticism by other areas of thoughts, with agenda addressed to social problems. Therefore, with the holding of VI Bioethics World Congress on the subject matter “Bioethics, Power and Injustice” in 2002, a way was opened to the politicization of issues which culminated in the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights in 2005, in which defense of cultural diversity and plurality was highlighted. Based on the Declaration and also on different authors with a social and pluralist perspective of bioethics, the aim of this work is to defend the Subsystem. The creation of the Indigenous Health Special Secretariat, against resolution taken at the IV National Conference of Indigenous Health, indicates risks that differentiated assistance to the indigenous peoples runs. Hope concerning the Subsystem’s preservation appeared in a recent regulation of Law no. 8.080 that states indigenous attention specificity. Thus, in order that indians may ensure benefits attained with the Subsystem, it is expected, with this dissertation, to cooperate with the construction of plural and dialogic spaces where segments interested in indigenous health may enjoy authentic debate instances which guarantee indigenous health policies on bioethical bases.

Keyword: Bioethics; Indigenous Health; Health Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico1	
População Indígena Brasileira Segundo Regiões Geográficas 2010.....	30
Figura 1	
Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas	77
Gráfico 2	
Coeficiente de mortalidade infantil da população indígena no Brasil, 2000 a 2008	98

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1

RH em atividade no SSI79

Quadro 1

Número de propostas aprovadas por eixo temático e subtemas na IV CNSI89

Tabela 2

Recursos aplicados na saúde indígena entre 2000 e 200898

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA – Associação Brasileira de Antropologia
Abrasco – Associação Brasileira de Pós-Graduação
AIS – Agentes Indígenas de Saúde
Aisan – Agentes Indígenas de Saneamento
ANAI – Associação Nacional de Ação Indigenista
APIB – Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
APOINME – Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo
Casai – Casas de Saúde Indígena
Cenepi – Centro Nacional de Epidemiologia
CEP – Comitês de Ética em Pesquisas
CIMI – Conselho Indigenista Missionário
CIR – Conselho Indígena de Roraima
CISI – Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNPSI – Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNSI – Conferência Nacional de Saúde Indígena
Coiab – Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia
Conep – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Cosai – Coordenação de Saúde Indígena
CSI – Conferência de Saúde Indígena
Decit/MS – Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde
Desai – Departamento de Saúde Indígena
Desan – Departamentos de Saneamento
DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EBC – Empresa Brasileira de Comunicação
EMSI – Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
EVS – Equipes Volantes da Saúde
FBC – Fundação Brasil Central
FNS – Fundação Nacional de Saúde
Fsesp – Fundação Serviços de Saúde Pública
Funai – Fundação Nacional do Índio
Funasa – Fundação Nacional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISA – Instituto Socioambiental
ONGs – Organizações não Governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNSPI – Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
PT – Partido dos Trabalhadores
Renisi – Rede Nacional de Estudos e Pesquisas em Saúde dos Povos Indígenas
Sasisus – Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde
SBB – Sociedade Brasileira de Bioética
Sesai – Secretaria Especial de Saúde Indígena

Siasi – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SPI – Serviço de Proteção aos Índios
SPILTN – Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais
SSI – Subsistema de Saúde Indígena
Sucam – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS – Sistema Único de Saúde
SUSA – Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNI/AC – União das Nações Indígenas do Acre
UnB – Universidade de Brasília
Unifesp – Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 METODOLOGIA	23
2.1 JUSTIFICATIVA	23
2.2 QUESTÃO NORTEADORA	24
2.3 OBJETIVO GERAL	24
2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
2.5 MÉTODO	25
3 CONTEXTO HISTÓRICO POLÍTICO	29
3.1 A PRIMEIRA INSTITUIÇÃO SETORIAL	32
3.2 EXPEDIÇÃO RONCADOR-XINGU	33
3.3 AÇÕES SANITÁRIAS INSTITUCIONAIS	35
3.4 FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO	38
3.5 CONJUNTURA POLÍTICA CONTEMPORÂNEA	41
3.6 REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	43
3.7 OS ANOS 2000.....	46
3.8 O APARECER DA BIOÉTICA	49
3.9 MUDANÇA PARADIGMÁTICA NO CAMPO BIOÉTICO	51
4 ANÁLISE HERMENÊUTICA	55
4.1 A CONSTITUIÇÃO DE 1988	55
4.2 GARANTIA DE DIREITOS ÀS MINORIAS.....	57
4.3 A SAÚDE E OS ÍNDIOS NA CARTA	60
4.4 LEGISLAÇÃO INFRACONSTITUCIONAL	62
4.5 CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE INDÍGENA	65
4.6 I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA	66
4.7 II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA	67
4.8 III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA	71
4.9 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS.....	74
4.10 IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA.....	87
4.11 10 ANOS DE APROVAÇÃO DA LEI AROUCA	96
4.12 DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS	99

5 BIOÉTICA E GOVERNANÇA DA SAÚDE INDÍGENA.....	107
5.1 CRISE INSTITUCIONAL	107
5.2 QUESTIONAMENTO BIOÉTICO	116
5.3 BIOÉTICA COMO ALTERNATIVA.....	119
5.4 RISCOS PARA ATENÇÃO DIFERENCIADA	123
5.5 UMA PROPOSTA BIOÉTICA	125
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
REFERÊNCIAS	134

1 INTRODUÇÃO

A saúde dos povos indígenas sempre foi um dos temas mais delicados da saúde pública brasileira. Primeiro, pelo histórico de exploração a que foram submetidas estas populações, quando não de aniquilamento, durante o período colonial. Segundo, pelas constantes epidemias de doenças infecciosas que os afetaram, devido ao contato com agentes exógenos que, somadas a outras causas, como guerras e políticas de assimilação, por exemplo, teriam reduzido o total de índios a 5% da população existente por volta de 1500(2).

Algumas estimativas apontam para números díspares das populações originárias aqui estabelecidas antes do “descobrimento”, que variam de 1 (um) a 10 (dez) milhões de indivíduos, segundo a Fundação Nacional do Índio (Funai)(3). Diz Darcy Ribeiro em seu clássico livro *O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*, [...] supomos que aqueles 5 milhões de indígenas de 1500 se teriam reduzido a 4 milhões um século depois, com a dizimação pelas epidemias das populações do litoral atlântico [...](4).

Hoje a população está em torno de 800 mil índios, mais precisamente 817.963, ou seja, 0,4% da população total, segundo o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (5). Eles estão distribuídos em 683 terras indígenas e algumas áreas urbanas. Há também referências à existência de 82 (oitenta e dois) grupos indígenas não contatados, dos quais 32 (trinta e dois) foram confirmados. Existem ainda grupos requerendo o reconhecimento de sua condição indígena junto ao órgão indigenista federal (6).

A história de iniquidades começa a ser revertida em período recente da vida brasileira, com a mobilização política em torno da defesa dos interesses desta minoria nacional. Para isso, o processo de democratização do país teve importância crucial. Assim, a mobilização popular que culminou na eleição da Assembleia Constituinte de 1988, a mais recente do período republicano, e nas eleições diretas em todas as esferas de governo, a partir de 1989, permitiu a discussão pelos índios e pela sociedade em geral de temas relevantes, como o acesso à terra e às condições de saúde desta população (7)

Este debate tornou-se possível no seio do processo mais amplo de reorganização e redemocratização do Estado brasileiro. Este movimento teve início

com a vitória oposicionista nas eleições parlamentares de 1974, passando pelas mobilizações estudantis de 1977 e pela defesa da anistia em 1979, atingindo seu auge com as mobilizações populares por eleições diretas, conhecidas como “Diretas-Já”, em 1984, e teve, digamos assim, seu desaguadouro na elaboração da Carta Constitucional de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã” (8).

A mobilização de massas, envolvendo diferentes setores da sociedade brasileira, era a contraposição ao sistema instalado pelos militares, em março de 1964, longo período ditatorial, quando foram suprimidos os mais elementares direitos vigentes até então. Este regime manteve-se no poder por mais de 20 (vinte) anos, utilizando de artifícios, como eleições indiretas, por exemplo, dando continuidade, no governo, aos mesmos setores políticos que sustentaram o chamado “golpe de 64”.

O movimento dos segmentos da sociedade comprometidos com a volta do regime democrático de governo propiciou a discussão, a compreensão e a implementação de temas como anistia, liberdades individuais e coletivas, dignidade, direitos humanos, igualdade, justiça, respeito às diferenças, políticas públicas entre outros (9). Desta forma, dentre os setores que tiveram papel considerado de vanguarda no tratamento das questões políticas e organizacionais esteve o setor da saúde.

As iniciativas pioneiras em relação aos demais temas de interesse social desenvolvidas pelo setor de saúde, como a ampla participação nos debates de seus diversos segmentos em conferências nacionais, por exemplo, deveu-se muito ao próprio quadro sanitário de iniquidades a que foi relegada a população no período autoritário.

Este quadro de insatisfação com o Estado por parte dos usuários e dos profissionais da saúde possibilitou o estabelecimento de fortes compromissos políticos entre os setores populares e os trabalhadores da área de saúde. Esta vinculação e a participação em debates promovidos por organismos nacionais e internacionais qualificaram diversos especialistas brasileiros entre os mais críticos e produtivos nas diferentes áreas com destaque para as de promoção e prevenção em saúde.

Desta maneira, o processo consolidou-se e ficou conhecido como “movimento da reforma sanitária brasileira”. Esta mobilização atingiu um de seus momentos privilegiados durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (10), realizada em

1986, ao resgatar o caráter democrático na discussão de políticas com a participação de profissionais, governo e usuários na formulação de propostas. Reconhecida como marco na redemocratização do setor, esta Conferência foi referência para os debates dos temas de saúde na constituinte de 1988, consolidados nos artigos 196 a 200 da Carta.

Também, neste período, os povos indígenas rearticularam-se e criaram diferentes organizações e instâncias de debates e deliberações no interior do movimento mais geral de mobilização pela democracia no país. Assim, durante a realização da 8ª CNS foi realizada também a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (I CNPSI).

Esta Conferência consolidou antigas reivindicações dos povos indígenas por melhorias das suas condições de saúde e de vida. Esta iniciativa inédita, ocorrida em 1986, foi apoiada por diferentes segmentos do movimento indígena e indigenista. Também profissionais envolvidos na prestação de atenção à saúde destas populações e do setor de saúde participaram da mobilização em torno da Conferência (11,p. 60-61).

A participação dos povos indígenas e de suas lideranças, durante o processo que desembocou na Constituição de 1988, possibilitou que as reivindicações desta parcela minoritária, mas da raiz da brasilidade, se consolidassem na Carta Magna. O apoio de diferentes segmentos historicamente comprometidos com a “causa indígena” - formados, dentre outros, por religiosos, antropólogos, sanitaristas, educadores e artistas - permitiu que as conquistas dos índios fossem inscritas nos artigos 231 e 232 da Constituição Federal (7).

A Carta de 1988, na dissertação que ora apresentamos, servirá como ponto de referência para nossos argumentos, seja pela mobilização que a precedeu, desencadeando o processo de debates democráticos, que atingiu seu ápice com sua promulgação, seja pelas consequências advindas do texto referendado, o que inclui as regulamentações, no período pós-constitucional, e as implicações para as políticas setoriais, sobretudo no setor de saúde, e, principalmente, para o nosso tema, a saúde dos povos indígenas no Brasil.

Os textos infraconstitucionais serão de grande valia, portanto, para compreender as consequências dos artigos aprovados na Carta de 1988. Para o setor de saúde, a chamada Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de setembro de 1990 (12) e, mais especificamente, para a saúde indígena, a Lei nº 9.836, de

setembro de 1999, conhecida como “Lei Arouca”, que modificou a Lei Orgânica ao inserir a temática específica da saúde dos índios, como veremos adiante (13).

Centraremos a atenção nos desdobramentos associados à tematização da legislação ocorridos, principalmente, nos anos 1990 e início dos anos 2000, referentes à consolidação da política de saúde indígena, consequência da política de saúde e das condições políticas gerais da sociedade. Para a consecução deste objetivo, procurar-se-á acompanhar a evolução das discussões ocorridas nas conferências de saúde indígena deste período, assim como a contextualização dos momentos políticos em que foram realizadas.

A análise dos textos legais, dos sistemas de saúde deles originados – o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Subsistema de Saúde Indígena (SSI) – e a problematização das políticas de saúde indígena com o instrumental proporcionado pela bioética serão o centro e o propósito deste trabalho. O objetivo é a crítica construtiva para superar obstáculos na busca de melhorias para a saúde e as condições de vida dos povos indígenas, assegurando suas particularidades.

A bioética, que nos orientará criticamente na tematização da saúde indígena, surgiu na América do Norte por meio dos escritos de Van R. Potter (1971), com o aparecimento do termo propriamente dito, no início dos anos 1970, em sua obra “Bioethics: a Bridge to the Future”. No entanto, os primórdios da bioética podem ser identificados nos julgamentos de Nuremberg sobre os crimes de guerra nazistas, após a vitória aliada em 1945. Para Potter, a bioética deve ter visão ampla, global, sobre a questão da vida no planeta Terra. As questões ambientais e o desenvolvimento técnico-científico, sem limites, da sociedade ocidental preocupavam o pesquisador (14).

Após a consolidação do termo bioética, nos moldes que o concebeu Potter (1971), outros autores se apropriaram do conceito, ainda no início dos anos 1970, modificando sua conotação. Assim, nas discussões promovidas pelo Kennedy Institute of Ethics, dos Estados Unidos, a bioética incorporar-se-ia ao cotidiano acadêmico como campo afeito aos problemas que ocorrem, principalmente, na prática clínica, entre médicos e pacientes e, na pesquisa, entre pesquisadores e sujeitos de pesquisa, bem como aos métodos da prática biomédica.

Esta forma de compreender a bioética foi aprofundada pelo Relatório Belmont, do Congresso americano, que formalizou os princípios da autonomia, beneficência e justiça como critérios norteadores para a pesquisa biomédica. No

final dos anos 1970, Beauchamp e Childress incorporaram o princípio da não maleficência, consolidando assim, a partir dos Estados Unidos, a corrente da bioética conhecida como “principlista”. Sob este enfoque, a bioética teve ampla difusão pelo mundo, vista como uma área multidisciplinar e promissora na resolução de conflitos biomédicos (15, p. 49).

O Brasil vinculou-se a este movimento com relativo atraso, em meados dos anos 1990, quando se iniciaram em nosso meio os debates relacionados à temática, predominando aqueles referentes às pesquisas com seres humanos, que culminaram na aprovação das “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”, resolução do Conselho Nacional de Saúde (RN-CNS196/1996) (16).

A chegada da bioética ao país associada ao principlismo não impediu que, logo de início, autores nacionais, motivados pelo movimento da reforma sanitária e pela criação do SUS, iniciassem a vinculação da temática bioética às questões da saúde pública e aos determinantes sociais do processo saúde/doença. Destacam-se aqui o Núcleo de Estudos em Bioética da Universidade de Brasília, no Distrito Federal, e a Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro (17).

Esta atividade de troca incessante de experiências, no interior da saúde pública e da bioética, permitiu a superação dos mais diversos obstáculos existentes entre os respectivos campos de conhecimento. Problemas de natureza política, ideológica e científica foram removidos e, hoje, embora ainda existam divergências, a bioética e a saúde pública caminham invariavelmente juntas.

Desta forma, a partir dos anos 1990, criaram-se as condições para que um somatório de eventos até então inusitados se realizassem. Assim, na última década do século XX, povos indígenas, sistema de saúde e conhecimentos bioéticos recém-chegados associaram-se e juntaram forças para solucionar graves e seculares problemas de condições de saúde e de vida das populações originárias destas terras baixas da América do Sul.

Para completar esta caminhada conjunta e confluyente, descrita anteriormente, das temáticas bioéticas e indígenas, no ano de 2005, ocorreu a promulgação da Declaração Universal de Direitos Humanos e Bioética, apoiada pela UNESCO (18), com decisiva participação do Brasil nas discussões. Logo em seguida, em 2007, foi votada pela Assembléia das Nações Unidas a Declaração sobre os Direitos dos Povos Indígenas (19).

Portanto, desenvolver o tema deste trabalho, isto é, a possibilidade de “o Subsistema de Saúde Indígena ser uma alternativa bioética de respeito aos diferentes”, apresentou-se como um desafio bastante atual. Como dito, a constituinte de 1988 foi um marco político para o país e para a reorganização do Estado e da sociedade. Este processo, iniciado com a Carta de 1988, continua com seu fluxo de acontecimentos e tem propiciado pensar, debater e implantar políticas públicas em conjunto com diversos segmentos sociais.

Dentre as políticas públicas em desenvolvimento, a implantação do Sistema Único de Saúde é uma das mais importantes. E mais recentemente, o Subsistema de Saúde Indígena, criado em 1999, procura responder às necessidades dos povos indígenas de melhorias nas suas condições de saúde e vida.

A necessidade de se adequar a “Lei Orgânica do SUS”, nove anos após sua promulgação, como veremos, seria o reconhecimento de que a saúde dos povos indígenas deve ser atendida de forma diferenciada. Assim, oferecer aos indígenas esta especificidade na assistência à saúde levaria a modificar ou superar, em diversos aspectos, alguns dos chamados “princípios” do SUS, como, por exemplo, a descentralização das ações para estados e municípios (20).

Outros temas da saúde indígena também foram incluídos pela “Lei Arouca”, como a distritalização do modelo assistencial, prática debatida e abandonada pelo SUS. Os conselhos de saúde indígenas, o respeito e difusão das práticas da chamada “medicina tradicional” estão entre as ações diferenciadas norteadoras do SSI.

Assim, entendemos que a “Lei Arouca” representa um avanço em relação à “Lei Orgânica”, quando propõe a organização de um subsistema diferenciado para atender os povos indígenas, respeitando a cultura destas populações. A atenção diferenciada auxilia, também, aos indígenas a preservarem seu modo de vida e reprodução diante dos modelos daqueles aqui chegados após “o descobrimento”. Modelos exóticos pertencentes a outras lógicas de reprodução econômica, como as de exploração imperial, no período colonial, e, recentemente, aos processos advindos com a globalização.

Esta atenção diferenciada propiciou sensível melhoria na saúde dos indígenas brasileiros, contudo ainda precária, como apontam indicadores de saúde. No entanto, apesar das conquistas obtidas pelos serviços, o Subsistema de Saúde Indígena sofre inúmeras críticas. Estas postulações contrárias ao Subsistema têm

diversas origens, algumas dos próprios índios, insatisfeitos com as respostas aos urgentes problemas nas aldeias e fora delas; outras de setores internos do próprio SUS.

Dentre as críticas, destacam-se aquelas relacionadas aos problemas gerais do sistema de saúde, ou seja, falta de recursos materiais e humanos, baixa resolutividade, poucos recursos financeiros e outras. Também há contestações advindas dos usuários, no caso as populações indígenas, de suas organizações e de seus apoiadores, que reivindicam uma maior participação na gestão e controle social do Subsistema.

Porém, a crítica ao conceito de atenção diferenciada ofertada na saúde indígena é a questão de fundo que mais interessa ao nosso trabalho. Esta crítica propõe às vezes sub-repticiamente, a incorporação ou a dissolução das ações e serviços de saúde indígena no Sistema Único de Saúde como parte das soluções para os problemas do Subsistema e da saúde dos índios.

Nosso trabalho terá, portanto, sua atenção voltada principalmente para a defesa dos pressupostos da atenção diferenciada, seja nos aspectos organizacionais, por meio do modelo de atenção, ora em desenvolvimento, seja nos aspectos bioéticos que permeiam essa discussão. Sob o ponto de vista ético e filosófico e, conseqüentemente, para a bioética, a sustentação de visões universalistas, com propostas de sistemas unificadores, tem convivência problemática e, por vezes, contraditória com visões ou sistemas alternativos, pluralistas e diferenciados.

Desta maneira, o pensamento presente durante o desenvolvimento desta dissertação, como polo instigador dos questionamentos ou mesmo das eventuais respostas, foi aquele introduzido por Levinas, que, nas palavras do Professor Miroslav (21, p. 59), assim se explicita: “o que fundamenta a filosofia é o Outro, a diferença. Somente o Outro pode ser diferente”.

Portanto, a bioética será, no transcorrer do trabalho, abordada em suas diversas correntes, que compõem este campo nos dias de hoje, notadamente aquelas em que prevalece o comprometimento com os aspectos pluralistas das questões éticas e bioéticas. Para isso a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco (18) será o instrumento orientador da discussão, assim como, os trabalhos de pesquisadores associados aos temas sociais e políticos do campo bioético.

Esse é o interesse central do trabalho, utilizar o instrumental bioético na defesa de uma atenção diferenciada aos diferentes. Buscaremos demonstrar ainda que, para além de critérios bioeticamente sustentáveis, adotar este caminho pode, também, ter influência positiva nas condições de vida e saúde das populações indígenas, objetivo maior da política de atenção.

Ao aplicar a metodologia proposta, qual seja, pesquisa qualitativa por meio de estudo de caso – a política de atenção à saúde indígena –, utilizando-se da análise documental, submetida a uma problematização crítica com auxílio da bioética, foi possível trazer à discussão, ainda que de maneira não conclusiva, alguns dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Procuramos, como forma de explanação mais adequada ao tema e, também, mais compreensível para as questões por nós suscitadas, seguir uma linha histórica, não necessariamente cronológica, para contextualizar a saúde indígena e a bioética. Tivemos por objetivo ao assim proceder permitir o encadeamento das perspectivas de ambos os campos, inclusive, contextualizados politicamente, visando à formulação de propostas de intervenção prática.

Ao concluir, esperamos que a defesa do Subsistema de Saúde Indígena tenha ganhado novos argumentos, notadamente os originados no campo bioético, para se contrapor aos efeitos de uma possível diluição de suas instâncias organizacionais no Sistema Único de Saúde.

2 METODOLOGIA

2.1 JUSTIFICATIVA

Hoje o Subsistema de Saúde Indígena (SSI) sofre críticas de diferentes setores por se contrapor aos princípios do SUS, como, por exemplo, o de descentralização e o de universalidade, uma vez que criou, dentro ou no sistema único, um subsistema diferenciado. Essas críticas, inclusive, foram as responsáveis pelas modificações ocorridas recentemente na sua forma de administração.

Assim, neste trabalho, procura-se afirmar que a criação de mecanismos legais e organizacionais específicos para a saúde indígena tem propiciado, desde a aprovação do marco legal, Lei nº 9.836, de setembro de 1999, a “Lei Arouca” (13), uma melhoria na qualidade de assistência aos povos indígenas, com significativas mudanças nos indicadores epidemiológicos, embora ainda distantes da população não índia.

Esta normatização legal e a forma de organização da atenção abriram a possibilidade de um tratamento diferenciado à população indígena por parte do Ministério da Saúde (MS), primeiramente pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e recentemente pela Secretaria de Saúde Indígena (Sesai).

No entanto, o desenrolar desta mudança política ocorrida na esfera de direção do Subsistema contrariou decisões aprovadas na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI)(22), o que ocasionou uma ruptura com os fundamentos das instâncias de controle social do Subsistema e, por consequência, com os do Sistema Único de Saúde, pois as diretrizes de gestão da saúde indígena, apontadas pela Conferência, foram flagrantemente contrariadas.

Estes fundamentos se sustentam na Lei nº 8.142, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS, que diz no art. 1º, em seu § 1º: “A Conferência de Saúde reunir-se-á [...] para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes [...]” (23).

Assim, estas modificações, aparentemente administrativas, podem significar a agregação progressiva do Subsistema ao SUS, o que, em nosso entendimento, seria um retrocesso político e ético. As consequências desta atitude significam romper com princípios consagrados, inclusive internacionalmente, seja na

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (18), seja na Declaração sobre os Direitos dos Povos Indígenas (19), ambas referendadas pelo Brasil.

Portanto, garantir a manutenção de uma política de atenção diferenciada aos povos indígenas, organizada em um Subsistema específico, é tarefa do Estado brasileiro. Para tanto, os gestores, os usuários do Subsistema e todos os segmentos comprometidos com a melhoria das condições de vida dos povos indígenas devem apropriar-se dos conceitos, instrumentais e paradigmas da bioética para assegurar a consecução deste propósito.

2.2 QUESTÃO NORTEADORA

É possível para a bioética, em suas diferentes vertentes, sobretudo as fundamentadas no pluralismo, ser uma ferramenta que propicie a formulação e defesa de uma política de saúde indígena que respeite as diferenças?

2.3 OBJETIVO GERAL

Problematizar, considerando os acontecimentos históricos, as propostas políticas e organizacionais de atenção à saúde dos índios, representados concretamente pelas leis e políticas documentadas, à luz da bioética.

2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as diferentes fases históricas da atenção à saúde indígena, procurando demonstrar sua vinculação aos momentos políticos e econômicos do Estado brasileiro e seus governantes.

Analisar a legislação constitucional e infraconstitucional, discutindo os aspectos relevantes para a saúde indígena e suas relações com o Sistema Único de Saúde.

Avaliar as discussões e propostas apresentadas nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena e suas consequências para a formulação da política de saúde indígena.

Verificar a evolução dos indicadores epidemiológicos da população indígena a partir da criação do Subsistema de Saúde Indígena.

Analisar a entrada da bioética na agenda de saúde pública brasileira, suas relações com o movimento da reforma sanitária e a sua projeção internacional.

Propor a bioética como instrumento de afirmação e defesa da política de saúde indígena que contemple a atenção diferenciada e o respeito à pluralidade.

2.5 MÉTODO

Do ponto de vista metodológico, esta é uma pesquisa do tipo qualitativa. Esse tipo de pesquisa é particularmente apropriado para trabalhar com valores, crenças, hábitos, atitudes, representações e opiniões, privilegiando também o ponto de vista dos próprios sujeitos envolvidos em um determinado processo. Desta forma, a pesquisa qualitativa é capaz de elucidar os significados que os sujeitos dão ao fenômeno social.

O trabalho foi desenvolvido com base na metodologia de pesquisa qualitativa nomeada “estudo de caso”. Nosso pressuposto é de que a análise de documentos pode levar a constituem um caso, no sentido de Yin(24)(25), que sugere que, em situações nas quais não conseguimos diferenciar o fenômeno em questão de seu contexto, este tipo de abordagem adequa-se de forma ideal ao método de busca de um conhecimento circunstanciado a respeito de um tema.

Para o autor, a riqueza e a complexidade da situação em estudo remetem a presença de grande número de variáveis, ao uso de várias fontes de dados e a diferentes estratégias a se utilizar para o desenho de pesquisa e para a análise. Desta forma, utilizamos os desdobramentos históricos da política de atenção à saúde indígena e sua forma de organização como um caso, ao qual aplicamos os

conhecimentos propiciados pela bioética, com o objetivo de garantir a atenção diferenciada aos povos indígenas.

Estes desdobramentos foram “capturados” por meio dos documentos emblemáticos referentes ao Subsistema de Saúde Indígena. Nossa abordagem foi baseada na perspectiva hermenêutica, tomando como textos centrais os documentos produzidos na instituição, como relatórios internos, portarias, decretos, manuais de ação, publicações institucionais, resoluções de conferências, análises e diagnósticos produzidos por auditores internos e externos e artigos científicos.

De certo modo, nossa abordagem será também do tipo histórica, retomando os marcos principais da relação da sociedade brasileira e da população indígena, parte integrante daquela, que acabaram se cristalizando em documentos formais.

Pode-se dizer também que fomos, durante o processo de formulação e implementação da pesquisa, observadores participantes, uma vez que trabalhamos diretamente vinculados à instituição que até recentemente era a responsável pela atenção à saúde indígena, a Funasa. Assim, estivemos envolvidos direta ou indiretamente com os atores do processo de formulação das propostas que descrevemos e, conseqüentemente, também acompanhamos seus desdobramentos práticos na operacionalização do Subsistema. Neste período, participamos de debates, conversas e troca de correspondência eletrônica com os mais diferentes segmentos envolvidos com a saúde indígena.

Deste modo, dentre as possíveis escolhas coerentes com a pesquisa do tipo qualitativa e com os objetivos elencados para o trabalho, dois tipos de técnicas foram privilegiados: a análise documental e a observação participante.

A primeira técnica, a análise documental, requer, para alcançar os resultados pretendidos com a análise documental, a utilização de diferentes fontes para a obtenção de informações, para além da análise dos textos formais, como, por exemplo, informações coletadas em jornais de grande circulação e também em páginas e “blogs” da internet. Assim procedemos, pois muitos dos acontecimentos e relatos ocorreram concomitantemente ao desenvolvimento do trabalho e tiveram como fontes exclusivas estas fontes de informação.

A análise documental é uma técnica fundamental para a pesquisa qualitativa, pois todo trabalho de pesquisa começa por fontes escritas ou imagéticas, método que deve muito aos desenvolvidos na disciplina da história. Como aponta Pimentel (26, p. 180),

Estudos baseados em documentos como material primordial, sejam revisões bibliográficas, sejam pesquisas historiográficas, extraem deles toda a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta.

A segunda técnica escolhida foi a observação participante, desenvolvida no âmbito da antropologia e posteriormente utilizada por várias das ciências sociais. A intenção é obter e captar os “imponderáveis da vida real” como propôs Malinowski, de forma direta e sem intermediação do discurso ou de uma hermenêutica do sujeito. A intenção é observar como os agentes sociais constroem suas relações pessoais.

Definimos esta metodologia, de acordo com a definição de Morris Schwartz e Charlotte Schwartz, citada por Haguette (27,p. 62), como:

(...) Um processo no qual a presença do observador numa situação social é mantida para fins de investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados, e, em participando com eles em seu ambiente natural de vida, coleta dados. Logo, o observador é parte do contexto, sendo observado, no qual ele ao mesmo tempo modifica e é modificado por este contexto (27).

Por meio da abordagem baseada no estudo de caso e das técnicas da observação participante e análise documental, esperamos ter atingido os objetivos deste trabalho.

Ao iniciar a pesquisa, procedemos a uma revisão bibliográfica, principalmente sobre a temática bioética, com a leitura dos textos selecionados e análise crítica das fontes produtoras deste material e sua contextualização. Foram valorizadas as publicações com as características de interdisciplinaridade que a pesquisa propõe e pudemos constatar a escassa produção na área que delimitamos para o trabalho, principalmente no que se refere à relação entre bioética e saúde indígena.

Os dados epidemiológicos e demográficos, quando necessários, foram obtidos por meio de pesquisas diretas nas fontes de armazenamento de dados, como, por exemplo, os sistemas de informação do Ministério da Saúde, para fundamentar as situações que exigiram a demonstração de argumentos com base em dados vitais e bioestatísticos.

Os argumentos que demandaram a pesquisa em textos conceituais, sejam filosóficos, éticos e bioéticos, foram buscados nas fontes originais dos autores ou de

comentadores reconhecidos. Quando foi necessário manifestar opinião, buscamos fundamentá-las em dados e conceitos previamente explicitados, procurando, assim, evitar a apresentação de ideias sem embasamento justificado.

Também se procurou na apresentação do trabalho seguir uma linha histórico-política que propiciasse um melhor entendimento dos acontecimentos que culminaram na elaboração da política de saúde diferenciada para os povos indígenas. Seguindo este formato de exposição, verificamos, como a política de saúde indígena e a bioética se aproximaram, recentemente, por motivos históricos distintos, mas sincrônicos, o que permite considerar que esta pode ser um instrumento de garantia do pluralismo no interior do sistema de saúde.

A discussão dos conceitos, argumentos e outros tópicos da dissertação foi, em diversas ocasiões, submetida à avaliação crítica. Isto ocorreu por meio de debates e exposições em seminários no decorrer das disciplinas frequentadas no programa de pós-graduação e, também, de comunicações e artigos em congressos nacionais e internacionais.

3 CONTEXTO HISTÓRICO POLÍTICO

A população indígena do país sempre foi assistida de alguma forma em seus problemas de saúde, considerando o que entendemos no mundo ocidental por assistência à saúde, e não as suas próprias tradições religiosas e culturais, como os rituais de pajés, por exemplo, que datam dos tempos da América pré-colombiana. Essa assistência se inicia com os missionários, como parte da política de ocupação implementada pela corte portuguesa.

As relações com os índios no período colonial e do império eram mediadas principalmente por missões religiosas, cuja atitude tradicional esteve baseada numa concepção etnocêntrica sobre as sociedades ditas “primitivas”. O índio foi considerado um ser primitivo, cujas características culturais “heréticas” deviam ser erradicadas, devendo-se buscar ensinar os costumes corretos de vestir, comer, falar, relacionar-se, modificando suas crenças na perspectiva de salvar suas almas. O trabalho de catequese intransigente e fanático desenvolvido pelas antigas missões religiosas levaram diversas tribos ao extermínio. Destruíram a confiança dos índios em seus valores, sem terem sido capazes de introduzir outros que lhes assegurassem condições de sobrevivência(28, p. 388-389).

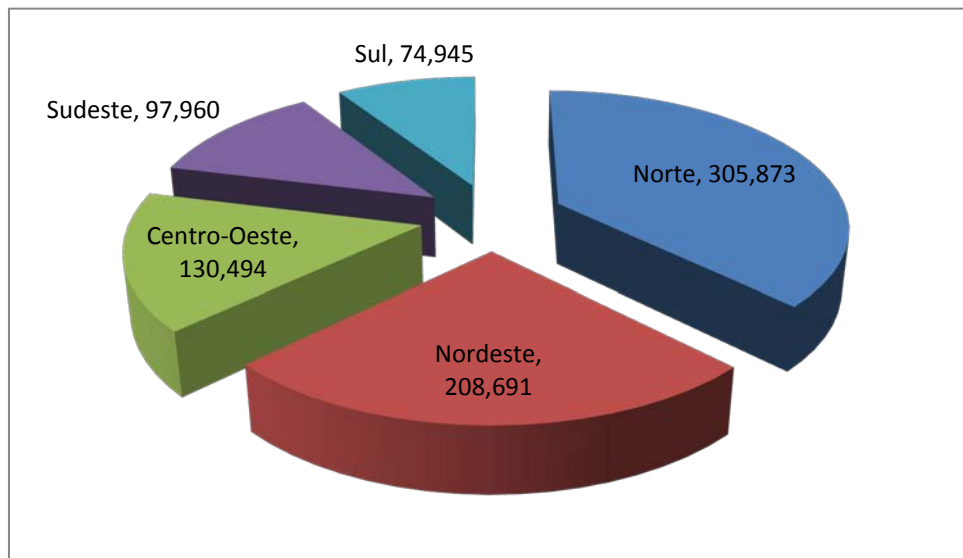
Estima-se que a população à época do “descobrimento” era por volta de 5 milhões⁴ de indivíduos, semelhante à população europeia naquela data. Em anos recentes, ocorreu o que se convencionou chamar de “revolução demográfica”. Esta revolução significou a reversão na queda da população indígena brasileira, que apontava a possibilidade de desaparecimento, e transformou-se em crescimento. Estes dados foram observados a partir da inclusão, em 1991, da categoria indígena nos censos decenais do IBGE (29).

Existe discrepância nos números de indígenas que habitam terras brasileiras, pois, enquanto o IBGE inclui no censo as pessoas que se declararam indígenas, mecanismo autorreferente, a Funasa contabiliza a população dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Assim, no censo de 1991, o IBGE contabilizou 294 mil índios; por sua vez, no censo de 2000, o número chegou a 734 mil, aumento anual de 10,8% no período (30).

Os dados parciais recentemente divulgados do censo de 2010, ainda não analisados por completo, citam 817.963 pessoas que se declararam índios, 0,4% da população total. O Amazonas abriga a maior população com 168.000 índios e Roraima, com 11% (onze por cento), de população indígena, abriga o maior percentual em relação à população geral (5).

Os números da Funasa para 2010, em sua página da Rede Nacional de Estudos e Pesquisas em Saúde dos Povos Indígenas (Renisi), com dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), mostram o total de 620.972 índios, divididos em 294 etnias, com 4.830 aldeias cadastradas (31).

Grafico1 – População indígena brasileira segundo regiões geográficas 2010



FONTE:IBGE, Censo Demográfico 2010.

Os dados demográficos mencionados expressam as diferentes conjunturas históricas e sanitárias que viveram ou vivem os povos indígenas no Brasil. Passando pelos anos da colonização, com a imposição de formas religiosas e culturais aos habitantes nativos, inclusive por meio de guerras, forçando a mudança de seu modo de vida, até épocas mais recentes com as políticas de integração forçada (32).

A escravização e a cristianização dos agrupamentos contatados, por exemplo, eram parte do processo de conquista que utilizava organizações religiosas para o contato com os habitantes locais. Este convívio propiciava a disseminação de doenças transmissíveis entre as quais a tuberculose, dentre outros males, pois invariavelmente estes colonizadores estavam a procura de “mudança de ares” para os problemas de saúde adquiridos nos lugares de origem dos missionários (Ribeiro; Moreira Neto, 1992 apud Verani) (33).

Os contatos dependiam das características culturais e costumes das populações envolvidas. Mas invariavelmente eram introduzidos, nas comunidades, novos agravos à saúde. Imunologicamente desprotegidos dos agentes infecciosos, as baixas eram frequentes e, por vezes, ocorreu a extinção de etnias. Também,

quando os indígenas não padeciam diretamente por doenças, essas ocasionavam tal debilidade social que muitas etnias sofreram perdas irreparáveis. Populações da região Nordeste, por exemplo, em sua maioria, não preservaram suas tradições e línguas originais.

Esta situação iniciada com a colonização passou por alterações no início do século passado, quando a questão indígena passou a ter uma política oficial de “assistência” de caráter laico, assumida pelo Estado, até então a assistência aos índios dependia, basicamente, das organizações religiosas (33, p. 2).

Após o Período Colonial, adentrando nos primeiros anos da República, com a expansão econômica de então, houve notável incremento dos meios de comunicação e transporte, especialmente de linhas telegráficas e estradas para o oeste do país. Em 1891, a partir do Decreto nº 39, o Congresso autorizou o Presidente da República a elaborar um “plano geral de linhas telegráficas para a República”. Benjamin Constant, ministro da Guerra, indicou como responsável pela linha Cuiabá-Araguaia o major Antônio Carneiro, que teve como seu auxiliar Cândido Rondon(34, p. 158).

Os homens, que deram início à República, notadamente os de origem militar, eram experimentados nas desavenças ocorridas nestas regiões das Américas, em consequência do jogo político internacional. A guerra do Paraguai foi um desses desafios.

Assim, Rondon desempenhou papel central na formulação da nova política de assimilação, pacificação, incorporação ou integração dos povos indígenas, principalmente do Mato Grosso, ao espaço político-econômico do Estado nacional brasileiro. Esta política teve nítida inspiração no lema “ordem e progresso” dos positivistas da época.

No relatório da chamada “Comissão Rondon”, responsável pela implantação de redes telegráficas e estradas, é possível identificar diversas atribuições, como, por exemplo, o serviço sanitário. Neste relatório muitas mortes foram relatadas por malária, afogamentos e também ataques de índios, como por exemplo os dos Nambikwara em 1912, no Posto Juína e o dos Araras em 1915. Estas informações demonstram que as relações entre a comissão e os índios não eram tão pacíficas assim (34, p. 165).

A comissão instalou entre 1907 e 1915 por volta de 2.268 km de linhas telegráficas, inaugurando 25 estações, duas das quais em territórios dos índios

Parecí (34, p. 165) Com a expansão econômica em curso começaram a aparecer as consequências para as populações indígenas, reeditando mortes e doenças do período colonial. Assim, em 1910, o Governo Federal criou o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN).

3.1 A PRIMEIRA INSTITUIÇÃO SETORIAL

A criação do SPILTN, depois transformado em SPI, em 1910, marcou uma mudança importante na política indigenista. Retirou-se da Igreja a responsabilidade total na relação com os índios. Formulou-se uma legislação que garantia aos índios o respeito a sua cultura e o direito à terra. É de Rondon apud Gomes, (35, p. 173) a frase: “Os índios não devem ser tratados como propriedade do Estado dentro de cujos limites ficam seus territórios, mas como Nações Autônomas, com as quais queremos estabelecer relações de amizade”.

Em 1918, o Serviço de Proteção aos Índios foi separado da Localização de Trabalhadores Nacionais, mas a política de integração pacífica dos índios continuou a fundamentar a atuação do órgão. Relato de Roquete-Pinto apud Keuller, de 1912 (36), fruto de observações e descrições dos índios da Serra do Norte, território dos atuais estados do Mato Grosso e Rondônia, como partícipe da Comissão Rondon, é ilustrativo dos acontecimentos da época.

Sobre o contato com os Nambiquaras, Roquete-Pinto diz que escrevia para fornecer “um instantâneo da situação social, antropológica e etnográfica dos índios da Serra do Norte, antes que principiasse o trabalho de decomposição que nossa cultura vai neles processando” (36, p. 642).

Ainda nesta época, uma polêmica produzida nos meios jornalísticos e intelectuais do país teve repercussão internacional. Estava no centro da discussão a condição do “ser” índio anteposto às demandas pelo desenvolvimento econômico da nação. Alguns defendiam inclusive o massacre destes povos, aqui se destaca o posicionamento de Von Ihering (1907) apud Costa (1987)(28, p. 389). Este afirmaria que “os índios não representavam fator de trabalho e progresso, sendo um empecilho para a colonização das regiões do sertão, e que não havia outro meio senão o seu extermínio”.

O trabalho de Rondon foi fundamental, nesta época, para possibilitar a mudança de concepção no tratamento a ser dispensado aos indígenas. Ao demonstrar, na prática, que era possível entrar em contato com as tribos sem hostilizá-las, esta política tinha bases positivistas. Escreve Shelton Davis (1978) apud Costa (28, p. 390),

apesar de hoje a filosofia comtiana ser considerada arcaica e etnocêntrica, constituiu, na época, o arcabouço filosófico que permitiu a defesa de uma política protecionista ao considerar os índios não como selvagens ou bárbaros e sim como indivíduos que se encontravam num dado “estágio” do desenvolvimento civilizatório. Deveriam, portanto ser protegidos, sendo garantidas as condições necessárias à sua sobrevivência.

Rondon à frente do SPI com sede no Rio de Janeiro, então capital, criou um sistema de inspetorias nos estados com significativa população indígena, como Manaus, Belém e Cuiabá, e postos nas áreas de concentração das comunidades. Os postos contavam com transporte, ferramentas agrícolas, farmácias e escolas básicas de alfabetização. Por volta de 1950, apesar dos contratempos políticos e financeiros, existiam sete inspetorias e cerca de 70 postos indígenas em todo o Brasil (35).

3.2 EXPEDIÇÃO RONCADOR-XINGU

Outra iniciativa governamental, além da criação do SPI, das mais marcante para o desenvolvimento de uma política indigenista e, também, de uma política de atenção à saúde dos povos indígenas foi a “Marcha para o Oeste”, formulada por Getúlio Vargas, em 1943, durante a 2ª Guerra, após sobrevoar a região do Araguaia a convite do governador de Goiás.

O Presidente Vargas chamou a região de “um branco no Brasil central”, motivando a criação, em seguida, da Fundação Brasil Central (FBC), instituição que teria por objetivo promover a ocupação deste “vazio” do país. Disse Vargas (1938) apud Mota (2007) no lançamento da proposta:

O programa “Rumo ao Oeste” é o reatamento da campanha dos construtores da nacionalidade, dos bandeirantes e dos sertanistas, com a integração dos modernos processos de cultura. Precisamos promover essa

arrancada, sob todos os aspectos e com todos os métodos, a fim de suprimirmos os vácuos demográficos do nosso território e fazermos com que as fronteiras econômicas coincidam com as fronteiras políticas. Eis o nosso imperialismo!(37, p. 124).

Como primeira ação da FBC, nasceu a “Expedição Roncador-Xingu”, com o objetivo de mapear o centro do país. Este objetivo de certa forma foi alcançado, pois a “Marcha para o Oeste”, fundou cerca de 43 vilas e cidades e contatou mais de cinco mil índios. Inicialmente prevista para ser uma rota entre o Araguaia e Manaus, a expedição teve seus objetivos alterados com o ingresso em seu quadro dos irmãos Villas Bôas, Orlando, Cláudio e Leonardo (38).

Orlando Villas Bôas, eminente sertanista, relata em uma de suas últimas entrevistas concedidas, em abril de 2001, os acontecimentos dos tempos da expedição:

O que era conhecido do Centro-Oeste brasileiro em 1944?

Do Araguaia até o Rio das Mortes, não tinha ninguém, além dos índios. Nenhuma expedição tinha pisado por lá ainda. Ali, depois do rio Araguaia, ainda tinham alguns sertanejos mas só até o bico da serra (Serra do Roncador). Daí veio o plano da “Marcha para o Oeste”, que o Getúlio criou [...]

Já se esperava a presença das diversas nações indígenas encontradas no caminho?

Não, descobrimos a presença deles só quando chegamos ao Rio das Mortes e avistamos colunas de fumaça no horizonte. Os xavantes eram conhecidos, mas outros tantos não. O primeiro contato que fizemos foi com os Kalapalo. Nós ficávamos na praia e eles na barranca do rio. A gente gritava, eles respondiam. Queríamos atravessar, eles ameaçavam com arco e flecha. Ficamos uns dois dias assim. Quando foi no terceiro dia, apareceu na margem um bruto de um índio. Ele chegou, abriu os braços e os outros se afastaram. Atravessamos o rio, subimos a barranca e caminhamos para o lado dele. Ele tremia. Quando chegamos, abraçamos ele. Chamava-se Izarari, o grande cacique, temido. Ele recebeu a gente bem e ali nós fizemos o primeiro posto e campo de aviação.

Algumas correntes de antropólogos criticam um pouco a Marcha, o jeito como foi feito o contato com o índio. Como você vê isso?

O índio foi um acidente na marcha da expedição, pois, quando chegamos lá, não sabíamos de nada. Os aviões da FAB sobrevoaram a frente e viram que a área do Roncador era toda ocupada por índios. Índios arredios, que nos atacaram, fizeram miséria conosco. Sem nossa participação, essas cidades surgiram da mesma forma, só que num processo de luta. E fizemos isso em paz. A política mais acertada que nós fizemos foi manter o índio dentro da sua cultura. Hoje, o xinguano fala português. Dentro da comunidade, porém, só usa a língua deles. E lá nós temos 12 idiomas diferentes(grifo do autor) (38).

Outra eminente personalidade que fez parte da Roncador-Xingu foi o sanitarista Noel Nutels. Inicialmente dos quadros da FBC e, posteriormente, ao lado dos irmãos Villas Bôas na expedição, sua presença teria desdobramentos futuros

para a saúde dos povos indígenas difíceis de serem dimensionados. Nascido na Rússia czarista, imigrou para o Brasil após a Revolução Bolchevique, na 1ª Guerra Mundial. Formado em medicina no Recife, praticamente só trabalhou como sanitaria. É dele a frase: “Eu não clinico, não tenho consultório. Fazia malária e agora faço tuberculose. Minha mania: o índio.”(39).

O encontro de Nutels com os irmãos Villas Bôas teve como fruto maior a criação do Parque Indígena do Xingu, formalizada em 1961 pelo então Presidente Jânio Quadros, depois de inúmeras tentativas frustradas na década anterior.

Curiosamente dois dos irmãos Villas Bôas, Cláudio e Leonardo, nasceram na cidade paulista de Botucatu, por onde passou Nutels para trabalhar no Instituto Experimental Agrícola, em 1936, após ter se naturalizado brasileiro³⁹. Botucatu em tupi é “Ybytukatu” e significa “bons ares”; dizem que por lá passava a Peabiru, trilha lendária que ligava o Peru ao Atlântico, na época pré-Cabral, mais uma coincidência na vida destes eméritos sertanistas.

Afirma Mota (37) em seu artigo “Cruzando fronteiras: a expedição científica do Instituto Osvaldo Cruz e a expedição Roncador-Xingu”:

Pode-se dizer que os saberes dos médicos sanitaria de 1913 foram ressignificados trinta anos depois pelos irmãos Cláudio, Orlando e Leonardo Villas Bôas, sertanistas lendários que não mediram esforços para assistir à população que iam encontrando pelos caminhos da marcha para o Oeste dos anos 1940 (37, p. 31).

3.3 AÇÕES SANITÁRIAS INSTITUCIONAIS

O Sanitaria Noel Nutels, depois da experiência na Roncador-Xingú, transformou se no maior responsável pelo primeiro serviço de atenção em saúde direcionado prioritariamente à população indígena, o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA).

O contato com a população indígena durante a expedição Roncador propiciou a Noel amplo conhecimento das condições de saúde daquela região. Foi assim que, por volta do ano de 1952, o eminente sanitaria desenvolveu algumas noções de bloqueio sanitário, cujo objetivo era evitar o contato das frentes de expansão com os indígenas. Dizia Noel apud COSTA (28, p. 392), “Deste modo

estabeleceremos uma verdadeira cortina sanitária em torno da área a ser atingida. Ninguém poderá penetrar ali sem prévio controle”.

A percepção advinda das ações na expedição Roncador-Xingu e do SUSA levou Nutels e os irmãos Villas Bôas a refletirem sobre as propostas assistenciais originadas com o SPI. Era necessário ir além do assistencialismo e propiciar aos índios meios para que pudessem resistir ao avanço das frentes de desenvolvimento. Surgiram, assim, as primeiras iniciativas para a criação do Parque Indígena do Xingu.

Escreve Noel Villas Bôas (40), em artigo de abril de 2011, sobre os 50 anos da criação do Parque:

O Parque Indígena do Xingu foi criado depois de uma luta de quase dez anos. O primeiro anteprojeto de criação do parque foi apresentado em 1952, no governo Vargas [...] Três eram seus objetivos principais: preparar as comunidades indígenas para o contato inevitável com a nossa sociedade; amenizar a pressão que a sociedade exercia sobre essas comunidades, evitando um contato brusco, com consequências desastrosas (como, mais tarde, foi confirmado em outras regiões); e preservar as condições necessárias de fauna e flora, garantindo que as comunidades xinguanas seguissem mantendo seu modo de vida, indissociável da terra.

[...]Dela participaram grandes nomes, que foram fundamentais para o projeto e que meu pai, Orlando Villas Bôas, sempre fazia questão de mencionar: Noel Nutels, médico sanitário; José Maria da Gama Malcher, presidente do Serviço de Proteção ao Índio (SPI); brigadeiro Raimundo Vasconcelos Aboim; dra. Heloísa Alberto Torres, diretora do Museu Nacional; o jornalista Jorge Ferreira e os antropólogos Eduardo Galvão e Darcy Ribeiro.

A história do indigenismo moderno nascido com Rondon influenciou a visão sanitária diferenciada na proteção aos índios, com o SUSA, e também o espírito dos pioneiros na criação do Parque do Xingu. As ações de saúde para os índios influenciariam, por diferentes mecanismos, todas as políticas voltadas para estas populações, inclusive a de acesso à terra, talvez o bem mais precioso para os povos indígenas.

As redefinições das políticas para os índios nas décadas de 1950 e 1960 e suas consequências para as relações entre a sociedade nacional e os diferentes povos indígenas são possíveis de serem observadas até os dias de hoje. Não só a questão agrária, mas também as relações sociais de forma mais ampla seriam questionadas.

Noel, ao discutir a necessidade de se prestar atenção diferenciada para proteger as populações indígenas, afirmava que isso só seria possível se

melhorasse a atenção ao que se chama hoje de “sociedade envolvente”, isto é, as populações circunvizinhas às áreas indígenas. Disse Nutels (1952) apud Costa,

O nosso plano, porém, não terá êxito, estamos certos, se outras e fundamentais medidas não forem tomadas[...] Somente uma reforma de base, da estrutura econômica poderá acarretá-las. Nas condições atuais em que vive o nosso homem, sobretudo o do campo, a sua resistência é deplorável [...] Enquanto não o fixarmos a uma terra que seja sua, seguramente sua; enquanto não lhe fornecermos boas sementes, máquinas, meios de escoar a produção, e mercado garantido, as suas resistências serão minguadas. O vaqueiro invadindo, com o seu miserável rebanho o território do autóctone em busca de novas pastagens e o garimpeiro cavando o seu sonho a ponta de picareta, estarão levando para o pobre selvagem, as suas misérias e as suas doenças(28, p. 394).

Podemos constatar, nessa afirmação de Noel, sua proximidade com as propostas do então Presidente João Goulart, defensor das chamadas “reformas de base”. Este engajamento político explícito levou Noel a ser nomeado diretor do SPI no final de 1963, uma instituição envelhecida e cheia de problemas nessa época. A passagem do sanitarista pelo SPI foi bruscamente interrompida com o golpe militar de 1964(41).

As atividades de saúde das unidades aéreas se estenderam para ações nas áreas odontológica, de vacinação e clínica médica entre outras. Em determinadas regiões, foram realizados inquéritos e coletadas informações de saúde, atividades embrionárias de vigilância epidemiológica.

No início da década de 1960, as equipes do SUSA tiveram a colaboração da missão Caiuá no tratamento aos Kaiowas, Terenas e Kadiweus, no sul mato-grossense. Missão presbiteriana, localizada em Dourados-MS, presta serviços ainda hoje, em convênio com a Funasa (28, p. 397).

Outra instituição que se envolveu com a saúde indígena neste período, mais especificamente em 1965, foi a Escola Paulista de Medicina. Afirmou Baruzzi, médico e professor, com serviços relevantes prestados aos povos do Xingu:

No início dos anos 60 participamos de caravanas médicas com docentes, formandos e residentes para o Araguaia, em um avião da FAB. A ideia era fazermos a atenção primária para as comunidades caboclas e indígenas[...] tínhamos acesso aos Tapirapés, em Mato Grosso, aos Carajás, na ilha do Bananal, aos Caiapós, no sul do Pará...esse trabalho levou Orlando Villas Bôas a convidar a Escola Paulista de Medicina para um trabalho no Parque do Xingu. Foi nesse contexto que a Escola Paulista se envolveu no Xingu. Em 1965 fomos avaliar como estava a situação de saúde e vimos que precisava haver um plano regular de atenção primária e secundária, se possível regionalmente [...] foi possível deixar o Hospital São Paulo como

retaguarda [...] pois havia um voo semanal da FAB que ligava São Paulo até o Xingu (42, p. 55-56).

O SUSA, na verdade, cumpria um papel que o SPI não conseguia desempenhar, pois as epidemias continuavam a dizimar tribos indígenas nas décadas de 1950 e 1960, como ocorria no período Colonial. A operacionalização, portanto, das unidades sanitárias aéreas que atuavam basicamente com o apoio do Correio Aéreo Nacional, como a concebeu Nutels, foram de importância crucial na atenção à saúde dos povos indígenas naquele período (43).

3.4 FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI)

A Fundação Nacional do Índio, criada em 1967, vinculada ao Ministério da Justiça, herdou a responsabilidade pela política indigenista do Estado brasileiro, iniciada com a República, sob a inspiração positivista dos militares que depuseram o Império. Na volta dos militares ao poder, com o golpe de 1964, a área indígena foi reformulada com o nascimento desta nova instituição (44).

Este movimento de reestruturação da área indígena que deu origem à Funai é parte de reforma mais ampla do Estado brasileiro a partir da Constituição de 1967. Esta Carta tinha por objetivo legitimar a presença dos militares alçados ao poder pelo golpe de 1964. Com viés centralizador, a Constituição atribuía ao Poder Executivo, em detrimento do Legislativo e Judiciário, diversos instrumentos legais para o exercício pleno do poder. Neste contexto, em março de 1967, por meio do Decreto-Lei nº 314, foi estabelecida a Lei de Segurança Nacional, por exemplo (45).

A criação da Funai fez parte de uma política de expansão econômica durante a ditadura, foi marcada pela política de assimilação e integração das populações indígenas. Coluna dorsal da política de Estado voltada aos indígenas o Estatuto do Índio, como ficou conhecida a Lei nº 6.001 (46), visava aprofundar a tutela que foi do SPI e passou à Funai, está presente no estatuto desta fundação, onde se afirma que a instituição deveria ser mantida até a integração destes povos à sociedade nacional (47).

Somente na Constituição de 1988 esta situação foi alterada, quando aos índios foi reconhecido o direito de manter sua própria cultura e sua medicina, entre

outros direitos, que abordaremos mais adiante. Também, com a Constituição de 1988, garante-se aos índios sua autonomia, conforme previsto no artigo art. 232: “Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo” (8).

As contradições estabelecidas no Estatuto do Índio aparecem em diversos artigos da Lei. Contudo, são reconhecidos pontos importantes para as populações indígenas, como, por exemplo, a garantia ao direito às terras tradicionalmente ocupadas. São do estatuto os trechos a seguir, que começam logo no artigo 1º, afirmando a necessidade de integrar as populações indígenas. “Art. 1º Esta Lei regula a situação jurídica dos índios ou silvícolas e das comunidades indígenas, com o propósito de preservar a sua cultura e integrá-los, progressiva e harmonicamente, à comunhão nacional.” (46).

A seguir, destacam-se a definição do que seria o índio e, também, a tentativa de classificação entre os diferentes estágios que podem estar os agrupamentos indígenas em relação à chamada “sociedade nacional”.

Art. 3º Para os efeitos da lei, ficam estabelecidas as definições a seguir discriminadas:

I - Índio ou Silvícola - É todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional;

II - Comunidade Indígena ou Grupo Tribal - É um conjunto de famílias ou comunidades índias, quer vivendo em estado de completo isolamento em relação aos outros setores da comunhão nacional, quer em contatos intermitentes ou permanentes, sem contudo estarem neles integrados

Art. 4º Os índios são considerados:

I - Isolados, II - Em vias de integração, III – Integrados(46).

Também a explicitação da tutela, a quem deve ser dirigida e por quem é exercida como dito no artigo a seguir ,

Art. 7º Os índios e as comunidades indígenas ainda não integrados à comunhão nacional ficam sujeitos ao regime tutelar estabelecido nesta Lei
§ 2º Incumbe a tutela à União, que a exercerá através do competente órgão federal de assistência aos silvícolas(46).

E, por fim, temos o único artigo que faz referência ao nosso tema central, a saúde, que aparece de forma discreta diante dos temas de cultura e educação tratadas abaixo

Art. 54º Os índios têm direito aos meios de proteção à saúde facultados à comunhão nacional.

Parágrafo único. Na infância, na maternidade, na doença e na velhice, deve ser assegurada ao silvícola especial assistência dos poderes públicos, em estabelecimentos a esse destinados (46).

Desta forma, com o pano de fundo sobre a condição dos povos indígenas descrita no Estatuto do Índio, retomou-se, agora sob os auspícios da Funai, a atenção à saúde indígena centrada na política da tutela. A Funai implantou um modelo de assistência inspirado nos Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), criados por Nutels e descrito anteriormente.

O SUSA foi o parâmetro para as chamadas Equipes Volantes da Saúde (EVS). Essas equipes promoviam atendimento eventual nas áreas indígenas, sob sua responsabilidade, efetuando o trabalho de assistência médica, vacinação e supervisionando as equipes locais, normalmente compostas por auxiliares e atendentes de enfermagem (32).

A criação de uma Divisão de Saúde na estrutura da Funai asseguraria, na instituição, certa prioridade para a área. A implantação nas aldeias de uma estrutura mínima com pequenas enfermarias permitia às equipes volantes desenvolver nas comunidades ações de saúde, embora de forma intermitentes. Essas equipes contavam também com os meios de transportes necessários, sejam aéreos, terrestres e fluviais para alcançarem os aldeamentos.

Cumpriram papel relevante na estrutura de saúde da Funai as Casas de Saúde Indígena (Casai). Ponto de apoio junto às unidades de referência secundárias e terciárias, ainda hoje, estas unidades servem de apoio aos casos mais graves que precisam ser tratados fora das áreas indígenas.

Entretanto, com todo o esforço de superação despendido, a atenção à saúde nas aldeias apresentava pouca eficácia. As críticas à Funai se avolumaram com epidemias de malária e tuberculose, invariavelmente associadas à ocupação na região Amazônica e à abertura de estradas como a Perimetral Norte e a Cuiabá-Porto Velho. Também a exploração de minérios em projetos como Carajás e Serra Pelada mobilizavam milhares de garimpeiros em áreas limítrofes e dentro dos territórios habitados pelos índios e não raramente, em áreas de matas onde existiam grupos não contatados, chamados de isolados.

Esta situação precária na assistência da Funai, associada a uma crise institucional e financeira do Estado brasileiro, levou a um agravamento da atenção à

saúde dos índios nas aldeias e centros de referência. As ações mais elementares de saúde, como vacinação, por exemplo, sofreram descontinuidade, com sérias implicações para a saúde das populações (48).

O somatório de dificuldades na prestação dos serviços de saúde, associado a uma crescente organização e cobrança por parte dos povos indígenas, assim como a mobilização por democracia da sociedade civil, levou a um impasse na administração das ações de saúde de forma geral e da saúde indígena em particular (49).

Como veremos adiante, esta situação motivou a transferência da responsabilidade pela saúde da Funai para Funasa. Este movimento, no entanto, fez parte de uma mobilização mais ampla da sociedade na luta pela redemocratização política e do setor saúde.

Iniciada ainda nos anos 1970, com mobilizações estudantis, passando pela anistia aos exilados e presos políticos, este movimento se opôs à permanência do militares no poder e teve seu ponto culminante na Constituição promulgada em 1988.

3.5 CONJUNTURA POLÍTICA CONTEMPORÂNEA

Este tópico tem por objetivo contextualizar as políticas setoriais no ambiente político mais amplo, assim, serão citados alguns acontecimentos gerais e setoriais ocorridos neste período e que, em nosso entendimento, são significativos para a temática do trabalho.

Este procedimento procura demonstrar que acontecimentos políticos gerais influenciam e motivam decisões políticas no setor saúde e, em especial na área indígena. Também, em nosso entendimento, a evolução da bioética vincula-se a acontecimentos políticos gerais, alguns deles relacionados a acontecimentos internacionais, como veremos mais a frente.

Assim, começamos por citar a “Queda do Muro de Berlim,” na Alemanha, em novembro de 1989, pela relevância para a geopolítica mundial, inclusive para o rearranjo ideológico, modificando o antagonismo maniqueísta oriente/ocidente. Consequência direta do pós 2ª Guerra, “o Muro”, como os julgamentos de

Nuremberg, onde podemos identificar uma das primeiras manifestações da bioética, tem a mesma origem e sua queda marca simbolicamente o fim de uma época.

No Brasil, a eleição de Fernando Collor para Presidente da República, já sob a influência da mudança de ventos internacionais, e a derrota de Luiz Inácio Lula da Silva abriram caminho para a implementação de uma política de cunho neoliberal nos diferentes setores do Estado, até mesmo na área da saúde e também na área indígena. No entanto esta política começaria a fazer água, ainda no início do governo, pela inoperância frente a situações graves denunciadas pela imprensa e organizações não-governamentais.

A movimentação em torno da realização da ECO-92, Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente, realizada no Rio de Janeiro, o primeiro grande evento internacional a ser patrocinado pela ONU, no Brasil, tornava públicas as péssimas condições de vida dos povos que viviam nas florestas.

As denúncias na imprensa das agressões ao meio ambiente e aos povos indígenas, principalmente na região Amazônica, amplificadas devido a proximidade de realização da Conferência, causavam constrangimentos aos governantes brasileiros, internamente e no exterior.

A realização da ECO-92 propiciou o conhecimento destas situações de iniquidades a que estavam submetidas os povos da floresta, pois denúncias passaram a chegar aos meios de comunicação. Muitas organizações nacionais e internacionais sensibilizaram-se com a situação, principalmente aquelas envolvidas com a questão ambiental.

Esse quadro pode ser aferido em trabalho da professora Ramos (1993), antropóloga da UnB, intitulado “O papel político das epidemias: o caso Yanomami”, apresentado no simpósio “Povos Indígenas em Risco de Extinção”, realizado no México.

Cita Ramos:

Um dos temas mais recorrentes na ideologia brasileira da soberania nacional é o dos vazios demográficos [...] Assim como as terras da Amazônia aparecem como imensidões geográficas vazias, também os seus habitantes indígenas se tornam eles mesmos existências baldias, invisíveis à lógica expansionista dos “civilizados”. Decorre disso que a tomada ilícita de territórios nativos não é vista como invasão, mas como ocupação natural – e até obrigatória – por frentes nacionais que estão alargando suas fronteiras demográficas e econômicas(50, p. 2).

Nota-se nas palavras de Ramos os argumentos utilizados por Vargas, nos anos 1940, que deram início à Fundação Brasil Central e, posteriormente, à

expedição Roncador- Xingu, citados anteriormente. Repetia-se, nos anos 1990, a mesma retórica de ocupação de vazios territoriais para justificar a ocupação com objetivos econômicos.

O texto de Ramos (1993)(50) descreve a ocupação da área Yanomami, inicialmente pelos projetos do exército, como o Calha Norte e, posteriormente, pela exploração mineral, por meio dos garimpos e empresas vinculadas a políticos da região. Estes interesses predadores deixaram um rastro de destruição e miséria para o povo Yanomami, especialmente entre os anos de 1986 e 1992.

Relatos impressionantes sobre a introdução de doenças e epidemias com seus efeitos devastadores para as comunidades são descritos como vemos a seguir,

De meados de 1987 a janeiro de 1990, o auge da corrida do ouro, estima-se que cerca de mil Yanomami, ou seja, 14% de sua população em Roraima, tenha morrido principalmente por causa de doenças como a malária (Fundação Nacional de Saúde, 1991:73). Se considerarmos que esse número se refere apenas aos cerca de 6.700 Yanomami que vivem no estado de Roraima[...] (50, p. 9).

Os efeitos letais da invasão garimpeira, descritos por Ramos, começaram a ser avaliados a partir de janeiro de 1990, quando a situação de saúde dos Yanomami chegou a um ponto tão crítico que atraiu a atenção internacional, forçando o governo brasileiro a criar às pressas um programa emergencial de saúde.

3.6 REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Nasce então, fruto de uma primeira mobilização ocorrida em Manaus, em janeiro de 1991, o primeiro Distrito Sanitário Indígena, justamente na área Yanomami. Após a reunião de Manaus, formalizou-se o projeto “Saúde Yanomami” que, em abril, transformou-se no Distrito Sanitário Yanomami. Com dotação orçamentária própria da Coordenação Regional da FNS, em Roraima, o distrito tinha como objetivo “reverter o quadro sanitário Yanomami” (51). Assim, por caminhos tortos e pressões nacionais e internacionais teve início um modo próprio de operacionalizar a atenção à saúde indígena.

Esta reformulação atendeu de forma contraditória algumas demandas dos movimentos sociais e sanitário, sob a pressão de organizações ambientalistas,

fortalecidas pela proximidade da ECO-92. Outras mudanças mais gerais seriam desencadeadas a seguir a começar pelo Decreto Presidencial nº 23, de fevereiro de 1991 (52), que, em seu artigo 4º, traz a proposta de organizar a atenção à saúde indígena por meio dos “distritos,” como vemos a seguir,

Art. 4º A operacionalização dos projetos respeitará a organização social e política, os costumes, as crenças e as tradições das diversas comunidades indígenas.

§ 1º As ações e serviços serão desenvolvidos segundo modelo de organização na forma de distritos sanitários de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas.

§ 2º As equipes constituídas para a execução dos projetos, além dos conhecimentos técnicos indispensáveis, deverão estar preparadas para compreender a cultura, os usos e costumes do grupo sobre o qual vão atuar(52).

Também em fevereiro de 1991, atribuiu-se a Fsesp a execução das ações em saúde indígena e, em abril, pelo Decreto nº 100(53), criou-se a Fundação Nacional de Saúde (FNS), que em seu Departamento de Operações abrigaria a Coordenação de Saúde Indígena (Cosai) (54), com as seguintes atribuições:

[a] Coordenar, no âmbito do SUS, as ações de prestação de serviços de atenção à saúde das populações indígenas;

[b] Definir critérios, em cogestão com o Departamento de Saúde da Fundação Nacional do Índio-Funai, para a elaboração de projetos específicos e estratégicos, destinados à proteção e recuperação da saúde do índio, de acordo com as peculiaridades étnicas e culturais que caracterizam os povos indígenas;

[c] Promover a capacitação de recursos humanos especializados para a saúde indígena;

[d] Promover articulação entre as áreas governamentais e a busca de cooperação de associações civis e/ou religiosas, para assegurar suporte técnico, científico e operacional, indispensáveis à eficácia das ações e serviços de saúde(55).

A saúde indígena seria, a partir de então, responsabilidade da recém-formada Fundação Nacional de Saúde (FNS), atual Funasa, originada, no Governo Collor, da fusão entre a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e a Fundação Serviços de Saúde Pública (Fsesp), instituições históricas do Ministério (56).

Embora esta reivindicação constasse das resoluções da I CNSI, isto é, que a saúde indígena fosse responsabilidade das instituições do setor saúde, estas medidas foram iniciativas do governo neoliberal e tinham por objetivo a

“racionalização” do aparelho de Estado e, claro, em nosso entendimento buscavam seu enfraquecimento (52).

Esta velocidade com que foram implementadas modificações na organização institucional da saúde indígena tem muito a ver com o frenesi do governo de então. Este implementava suas ações, algumas de forma espetacular, para efeitos midiáticos, e outras, desencontradas, com o intuito de desmontar o aparelho do Estado.

Também motivações de caráter ético-político condicionavam as decisões. Consta-se que a movimentação do governo neoliberal em atender as reivindicações do movimento indigenista e sanitário, por exemplo, associada à criação de instituições que atendessem as demandas de saúde dos povos indígenas, não era uma atitude programática do governo recém-eleito. Estas decisões procuravam responder a crescente pressão política e ética das organizações nacionais e internacionais.

Ainda no ano de 1991, mais precisamente em outubro, com a Resolução nº 11 do Conselho Nacional de Saúde, foi criada a Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (CISI). Essa Comissão tem por objetivo ser uma instância de controle social da saúde indígena, de caráter consultivo, ligada diretamente ao Conselho Nacional de Saúde e a ele subordinada (57).

A Cisi, em sua primeira composição, teve representantes de diferentes instituições e entidades ligadas à saúde indígena, como o Conselho Indígena de Roraima (CIR), a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab), a Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME), a União das Nações Indígenas do Acre (UNI/AC), o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), a Associação Brasileira de Antropologia (ABA), a Fundação Oswaldo Cruz, a Escola Paulista de Medicina e a Universidade do Amazonas, além das instituições governamentais Funai e Cosai/Funasa/MS (57).

É desta época o nosso primeiro contato com a saúde indígena, pois os servidores da então Sucam foram incorporados a FNS. Utilizando a experiência de décadas de combate à malária e outras endemias em áreas indígenas, como o Xingu, os técnicos da ex-Sucam, agora FNS, atuaram de forma eficaz no controle da malária na área Yanomami, naquele momento.

Foi um tempo de intenso aprendizado, pois, embora organizado por sanitaristas experimentados no controle de epidemias, o combate à malária em

áreas indígenas, com altíssima incidência, como foi na área Yanomami, necessitava de estratégias diferenciadas para obter sucesso. Nas palavras de Darcy Ribeiro (1970) apud Ramos:

Outra explicação que não a imunidade ou a vulnerabilidade biológica é cabível para a alta letalidade das epidemias em grupos tribais. Pelo menos larga margem de mortalidade [...] se deve à abrupta paralização das atividades produtivas pelo acometimento quase simultâneo de toda a comunidade, o que, numa tribo indígena, representa verdadeira condenação, uma vez que ela não conta com um sistema de estocagem de alimentos que permita fazer face a tais eventualidades(50, p. 13).

Assim, começamos a entender que o pluralismo e sua abertura para os diferentes determinantes do processo saúde-doença não era apenas uma questão retórica a alimentar uma corrente de pensamento contra-hegemônica. Poderia, também, ser instrumento necessário para compreender a diferença de cultura seja ela de grupos, de indivíduos e, assim, ser utilizado na operacionalização das ações de saúde.

Portanto, considerar a forma de pensamento e de ação baseadas na visão pluralista pode transformar a atividade sanitária. Assim, a aproximação de conceitos bioéticos, centrados nas concepções pluralistas, como veremos, permite a elaboração de políticas de saúde mais democráticas e eficazes para setores da população historicamente discriminados.

3.7 OS ANOS 2000

O início de milênio foi farto em acontecimentos políticos para a saúde indígena e para a bioética. No plano internacional, a mudança de século é marcada pelas ocorrências de setembro de 2001, os atos terroristas que derrubaram as torres gêmeas em Nova York. Com profundo significado para as relações internacionais, incluindo entre elas o desencadeamento das guerras no Iraque e no Afeganistão. Suas consequências imediatas devido a ampla movimentação internacional neste período foi o realinhamento de forças com o avanço do multilateralismo nos fóruns internacionais.

A década inicia-se no Brasil, politicamente falando, com o fim da era Fernando Henrique e a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002, e o começo de seu governo em 2003. Cabe ressaltar a importância do embate pré-eleitoral para o setor de saúde, uma vez que o candidato derrotado foi o então Ministro da Saúde José Serra.

O candidato do Partido dos Trabalhadores (PT) chegou à presidência substituindo seguidos governos que implementaram políticas neoliberais. Estas políticas, com ênfase no estado mínimo, teriam impactos na organização administrativa, com a terceirização dos serviços que, na saúde indígena, teve consequências marcantes.

No início do Governo Lula, a Funasa passou por transformação significativa com a saída do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), que deu origem à Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) no Ministério da Saúde. Desta maneira, na Funasa restaram apenas dois Departamentos com ações finalísticas, o de saúde indígena (Desai) e o de saneamento (Desan) (58).

Dois portarias ministeriais em 2004 deram início efetivo às mudanças, no Governo Lula, na forma de administrar a saúde indígena. A portaria nº 69 instituiu o Comitê Consultivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI com a participação de 20 membros entre representantes do MS/Funasa, dos índios e organizações indigenistas. Este comitê teve por objetivo acompanhar a execução da política e propor modificações nas ações desenvolvidas (59).

A Portaria nº 70 (60) interferiu diretamente na gestão da saúde indígena ao definir as responsabilidades de cada esfera de atuação, a começar pelo Ministério da Saúde, passando pela Funasa, coordenações regionais, DSEI, conselhos distritais, municípios e ONGs. A portaria trata da aplicação de recursos. A preocupação do Ministério com esta portaria é enquadrar as ONGs prestadoras de serviço na área indígena em regras de controle mais rígidas em relação aos recursos financeiros que eram repassados por meio de convênios. Diz a portaria,

Considerando a necessidade de obtenção de resultados concretos na correta aplicação dos recursos de custeio do Subsistema de Saúde Indígena, e de dar continuidade à prestação dos serviços.

[...]

Art. 8º Aos Estados, Municípios e Instituições Governamentais e Não Governamentais compete:

I - Atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena.

Parágrafo único. A Fundação Nacional de Saúde - FUNASA definirá, observando as características das populações envolvidas, as ações complementares que ficarão a cargo das entidades previstas neste artigo. Art. 9º Fica a Fundação Nacional de Saúde autorizada a normatizar e regulamentar as diretrizes da gestão da política nacional de atenção à saúde indígena, previstas nesta portaria (60).

Assim, a partir daquele momento a Funasa passou a controlar, por exemplo, a aquisição de medicamentos, horas de voo utilizadas na atenção a populações da Amazônia e compra de combustíveis para viaturas. Todas essas atividades haviam sido alvo de denúncias e malversação de recursos em anos anteriores.

Outra ação importante neste período foi a ampliação de acordo entre o Banco Mundial e a Funasa, com o financiamento de ações voltadas para a área indígena, denominado Projeto Vigisus II. Este projeto, inicialmente voltado para ações de controle de doenças transmissíveis, como malária e chagas, foi ampliado substancialmente em 2004, com a criação, inclusive, de uma gerência própria dentro da Funasa (61).

Esta área, composta por unidades encarregadas dos diversos subcomponentes do projeto, foi responsável por incrementar ações como as de saúde mental indígena, medicina tradicional, controle social, a construção de unidades básicas e casas de apoio à saúde indígena (Casai), todas financiadas com recursos oriundos do Banco Mundial.

Desta forma, constatamos que mesmo sem alterações profundas na forma de organização dos serviços ou mudanças significativas na política formulada no período anterior, passou a existir uma preocupação crescente no controle das ações e recursos empregados na saúde indígena. Esta reorientação administrativa, associada ao aumento significativo de recursos orçamentários, constituiu o eixo das medidas do primeiro Governo Lula na saúde indígena.

Em nosso entendimento, este maior aporte de recursos e o zelo na sua aplicação explicitam uma política, sob o ponto de vista bioético, de reconhecimento da prioridade e da atenção diferenciada voltada aos índios. Esta decisão demonstrada de forma concreta, com o aumento do orçamento para a área, valorizou o respeito às diferenças no interior do sistema de saúde.

Outras medidas como a descentralização de recursos, redefinição geográfica de alguns distritos, criação e ampliação de incentivos e prêmios para o desenvolvimento das ações de saúde indígena foram adotadas neste período.

3.8 O APARECER DA BIOÉTICA

Os anos 1990, férteis em acontecimentos políticos, viram surgir também novas demandas, até então ocultas, no movimento sanitário. Entre estas, a preocupação com a temática bioética, que passou a fazer parte da agenda setorial de forma sistemática.

Assim como a saúde coletiva, a bioética, na América Latina, fez parte de um processo mais amplo da luta pela redemocratização ocorrida nos diferentes países da região que viveram ditaduras de diferentes matizes desde os anos 1960. Se por um lado este fato foi impeditivo, em um primeiro momento, para o desenvolvimento destas áreas, a posteriori, possibilitaria a consolidação tanto da saúde coletiva como de uma bioética com “identidade própria” (62).

Iniciada em 1970 por Van Rensselaer Potter, com sua obra “Bioethics, bridge to the future,” a bioética contemporânea foi pensada inicialmente como uma ética de características globais. Esta bioética tratava de temas biomédicos e tecnológicos, sobretudo se assentava em uma visão holística, com preocupações planetárias e viés ambiental, envolvendo-se com a sobrevivência da espécie humana e do seu habitat, a terra (14).

Porém, ainda no seu ambiente originário, a América do Norte, logo após a obra de Potter (14), outros grupos envolvidos com a temática formularam novas concepções para operacionalização conceitual em bioética. É deste período, meados dos anos 1970, o Relatório Belmont, demanda do governo americano, elaborado por especialistas. Teve por objetivo disciplinar as intervenções na área médica, com ênfase naquelas relacionadas aos excessos cometidos nas pesquisas com seres humanos, preocupação política central naquele momento.

Os chamados princípios de Georgetown, inicialmente formulados a partir do relatório Belmont, foram consolidados de forma mais acabada por Beauchamp e Childress, em 1979, no livro “Princípios de Ética Biomédica”. A partir desta obra, os quatro princípios por eles elencados – autonomia, beneficência, não maleficência e justiça – se transformaram na chamada corrente principialista (63, p. 49).

O principialismo evita discutir as questões dos fundamentos em que o consenso é mais improvável de ser obtido. Opta-se por uma espécie de

pragmatismo, buscando a obtenção de acordos que propiciem eficácia e rapidez na tomada de decisões práticas para situações polêmicas e conflituosas.

Os princípios da bioética não têm a pretensão de se sobreporem às morais e às éticas, mas sim de serem utilizados como ferramenta operativa. A abordagem principialista pretende uma mediação entre as distintas posições morais e éticas por meio de soluções práticas. Procura o entendimento, permitindo-se chegar a acordos pragmáticos sem adentrar a fundo nas questões, na substância teórica, na doutrina, em que persistem as discrepâncias entre as partes (64).

Apesar de a bioética ter adentrado no cenário internacional nos anos 1970, como vimos, no Brasil, sua veiculação aparece formalmente, no contexto da saúde pública, no momento da aprovação da Resolução nº 196 (16), do Conselho Nacional de Saúde, em 1996. Embora exista uma tentativa anterior, com a Resolução nº 1/1988, do próprio Conselho Nacional de Saúde, denominada Normas de Pesquisa em Saúde que, no entanto, não foi bem sucedida (65).

Como afirma Garrafa em artigo do ano 2000:

La Bioética brasileña es tardía, habiendo surgido de forma orgánica solamente em los años 90. Antes, ocurrieron algunas iniciativas, pocas y aisladas, sin registros significativos. No existe, por otro lado, un punto de partida o momento específico de referencia histórica para su desarrollo. Por el contrario, algunos episodios puntuales fueron aconteciendo y al mismo tiempo causando repercusiones positivas em el sentido de la divulgación y diseminación de la disciplina (66, p. 166).

Ainda em meados dos anos 1990, também surgiu a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), que contribuiu, por intermédio de seus associados, para a elaboração do texto da resolução do Conselho Nacional de Saúde, cujo título é “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde – RN – CNS196/1996” (17).

A Resolução está na origem da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), constituída, logo em seguida, pela Resolução nº 246/1997 também do CNS. A Conep, órgão máximo de deliberação sobre pesquisas com seres humanos no país, está vinculada ao Conselho Nacional de Saúde e juntamente com os Comitês de Ética em Pesquisas (CEP), normalmente vinculados e organizados nas instituições produtoras de pesquisas, constitui o chamado “Sistema CEP/Conep” (67).

O Conselho Nacional de Saúde aprovou ainda, em agosto de 2000, a Resolução nº 304, complementar à Resolução nº 196/1996. Esta resolução contém as “Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Área de Povos Indígenas”, demonstrando a preocupação do Conselho em aplicar o instrumental disponibilizado pela bioética na proteção aos povos indígenas.

Desta maneira, ao regulamentar a realização das pesquisas com populações indígenas, o Conselho Nacional de Saúde propiciou a aproximação das áreas temáticas que motivaram esta dissertação. Assim, entrelaçadas inicialmente pelas preocupações com o desenvolvimento de pesquisas, a saúde pública, a bioética e os povos indígenas teriam, a partir de então, vínculos que precisariam ser mais bem compreendidos.

Esta discussão e mobilização em torno de temas bioéticos, nos primórdios da bioética brasileira, na década de 1990, ensejou a realização do I Congresso Brasileiro de Bioética, em agosto de 1996, Congresso este organizado pela Sociedade Brasileira de Bioética -SBB e presidido pelo professor Saad Hossne, também, primeiro coordenador da Conep.

Seguiram o II Congresso, realizado em Brasília, em 1998, e o III Congresso, em Porto Alegre, em 2000. Ponto alto deste ciclo fértil de movimentação e produção em bioética foi realizado, em Brasília, o VI Congresso Mundial de Bioética, juntamente com o IV Congresso Brasileiro (68).

3.9 MUDANÇA PARADIGMÁTICA NO CAMPO BIOÉTICO

Para a bioética, a primeira década deste século foi marcada por avanços extraordinários. Apesar do início tardio no Brasil, como já citado, o país deixou para trás o atraso relativo e se transformou em protagonista de mudanças qualitativas e inflexão conceitual para o “campo bioético”.

Aqui, ao se utilizar o termo “campo” ao fazer referência à bioética, procura-se consolidar o entendimento do conceito de campo como “áreas concretas do mundo social e [portanto, que] suas relações são historicamente construídas” (69, p. 263).

Assim, como que exemplificando a teoria geral de campo, em Bordieu, a bioética se transformará neste início de século, como na citação de Montangner e Montangner,

[...] os campos sociais são capazes de conter sua própria negação e engendrar agentes que o contestem e subvertam, intelectuais orgânicos contra-hegemônicos, a lógica geral dos campos não seria exclusivamente reprodutiva e teríamos assim a possibilidade da ação das vanguardas e de novas ordens de legitimação propostas por agentes, não herdeiros da lógica da conservação social(69, p. 263).

Acompanhando esta citação, isto é, dentro deste espírito de mudanças, inaugurando a nova década para o campo bioético, realizou-se em Brasília, em 2002, o VI Congresso Mundial de Bioética, com o tema “Bioética, Poder e Injustiça”.

Organizado pela Sociedade Brasileira de Bioética, pela International Association of Bioethics e pela Universidade de Brasília (UnB), o evento teve ampla repercussão internacional, ao reunir cerca de 1.400 congressistas de 62 países. Cabe destacar que o Congresso foi presidido pelo Professor Volnei Garrafa, atual Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Faculdade de Saúde/UnB e da Cátedra Unesco de Bioética. Concomitante ao Congresso Mundial ocorreu o IV Congresso Brasileiro de Bioética (68).

Realizado no “terceiro mundo”, em uma atmosfera propícia a novas formulações conceituais e à discussão política, o VI Congresso Mundial focou seus debates nos temas sociais. As palavras de Garrafa ilustram o andamento dos trabalhos,

Os fortes embates verificados no evento desnudaram a necessidade da especialidade incorporar ao seu campo de reflexão e ação aplicada temas sociopolíticos da atualidade, principalmente as agudas discrepâncias sociais e econômicas existentes entre ricos e pobres, entre as nações dos Hemisférios Norte e Sul do planeta(70).

Assim, a bioética, que no Brasil e outros países passava por um processo de acumulação intelectual, teve no congresso e nos fóruns subsequentes um solo rico para sua reelaboração. Desta forma, o principlismo nasceu e difundido a partir dos Estados Unidos enfrentará crescente oposição.

A corrente principlista que contribuiu com êxito para a disseminação da bioética a partir do Congresso Internacional passou por uma revisão crítica, que apontou para suas muitas limitações. Nos princípios, por exemplo, não há lugar para

a subjetividade, para a cosmovisão e, fundamentalmente é portador da restrição expressa por Porto e Garrafa (17) quando citam que,

Ao reduzir a discussão bioética à dimensão individual e focar a reflexão nos aspectos éticos relacionados à saúde e adoecimento apenas na clínica e na pesquisa, a bioética [principlista] contribuía para subsumir a dimensão social[...]

Assim, a bioética [principlista] tornava-se uma ferramenta asséptica, que não questionava as relações de poder, a ética ou a moralidade na dimensão social, nem associava tais questões ao processo de saúde e adoecimento(17, p. 723).

Também, escreve Saada (71), no prólogo do Dicionário Latino Americano de Bioética,

Com la globalización de la bioética durante los años noventa, podemos ver em los países llamados periféricos, comenzando por América Latina, el surgimiento de otras escuelas de pensamiento y de nuevos temas de preocupación ética que se sitúan em un marco más amplio que el abordado por la bioética principlista. Es el nacimiento de la bioética social el que marca el paso de una bioética fundamentalmente centrada em el individuo a una ética holística fundada sobre la justicia social y la equidad, que engloba el derecho a la salud, el acceso a los cuidados y a los tratamientos médicos de calidad, los derechos económicos y sociales, como la eliminación de la pobreza y de la exclusión, el derecho a una vida digna y el derecho a la diversidad y a la pluralidade en tanto que especificidades inherentes a nuestro mundo(71).

Assim, permeado por mudanças que já estavam em gestação na bioética brasileira e latino-americana, o VI Congresso Mundial de Bioética foi palco do lançamento da empreitada que frutificaria nos anos seguintes, com destaque para a constituição de um polo de pensamento bioético na América Latina. A expressão material deste movimento foi a constituição da Rede Latino Americana de Bioética, criada oficialmente no México, em maio de 2003.

Ainda no início da década, a bioética brasileira se transformou em um polo criativo, ao buscar aproximação entre a discussão exclusivamente centrada na clínica e na atenção individual, tema da bioética principlista, e o panorama socioeconômico do país, condicionante do processo saúde-doença, mais condizente com bioéticas “sociais”.

Vimos então aparecer diversas correntes de pensamento bioético no Brasil, como a bioética da teologia da libertação, uma das pioneiras, a bioética de proteção com a participação direta de pesquisadores latino-americanos (72, p. 11). Também

correntes associadas a movimentos como a bioética feminista, a bioética antirracista e, provavelmente a influente delas, a bioética de intervenção (17, p. 724).

O momento mais significativo no campo bioético a partir desse intenso processo de mobilização do início da década e que coroou este ciclo de produção teórica e prática na área foi patrocinado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO).

Desta forma, a construção da “Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos”, tornado documento oficial da Unesco e aprovado por maioria expressiva dos membros da organização, em outubro de 2005, com participação decisiva da delegação brasileira, passou a ser referência para a bioética desde então.

Outro documento significativo para a temática desta dissertação é o texto da “Declaração das Nações Unidas sobre o Direito dos Povos Indígenas” de setembro de 2007, aprovado pela Assembleia Geral das Nações Unidas (19). A aproximação entre saúde indígena e bioética, observada em outros momentos, como na Resolução nº 304 (73), do Conselho Nacional de Saúde, se repetiu quase simultaneamente, no plano internacional, com a aprovação dos textos patrocinados pela ONU.

Portanto, no momento apropriado, voltaremos a estas “Declarações”, pois a intersecção dos temas abordados nestes documentos tornará mais compreensível os conceitos problematizados em nosso trabalho, isto é, a defesa da pluralidade como base para uma política bioética de respeito às diferenças em saúde indígena.

Assim, utilizando do instrumental propiciado pela bioética, com destaque para a produção intelectual do período mais recente, fruto da intensa discussão deste campo, analisaremos as propostas surgidas com a Constituição de 1988, assim como as elaboradas nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena, e suas consequências para a organização dos serviços de atenção à saúde.

Como afirmam Nascimento e Garrafa: “A colonialidade da vida – como faceta da colonialidade do poder – tem dispositivos silenciosos de reprodução que, sem dúvida, se articulam com muitas ideias progressistas dos pensamentos hegemônicos” (74).

4 ANÁLISE HERMENÊUTICA

Neste capítulo pretende-se lançar mão do processo hermenêutico de análise, método apropriado às pesquisas qualitativas de análise documental, com o objetivo de compreender, nos documentos disponíveis e objetos da análise, os temas de interesse para o trabalho. Partimos da premissa que nos documentos analisados estão contidas as políticas e propostas organizacionais que permeiam o tema da dissertação, isto é, encontram-se materializados os temas afeitos ao sistema diferenciado de atenção à saúde indígena e também a perspectiva bioética de sua sustentação e defesa.

Assim, procura-se o entendimento da temática e também seus possíveis condicionantes privilegiando as fontes documentais como instrumento de análise. Neste processo espera-se ainda esclarecer os determinantes das situações desfavoráveis e articular, as possibilidades para sua transformação.

O objetivo é buscar, numa perspectiva crítica, as propostas que levem a mudanças e reorientações das ações pesquisadas. Assim, como diz Teixeira e Noack “o papel da pesquisa está na indubitável certeza de que precisa produzir também intervenção naquilo que quer esclarecer” (75, p. 308).

4.1 A CONSTITUIÇÃO DE 1988

Conhecida como Constituição cidadã, a Constituição de 1988 além de referência histórica no plano político e na organização das instituições do Estado, é também ponto de viragem para o setor da saúde e, em consequência, para a saúde indígena. A proposta deste tópico é abordar as bases legais, constitucionais e infraconstitucionais, que regulamentam o setor saúde

Porém, faz-se necessário discutir antes as condições políticas e jurídicas da convocação da Assembleia que elaborou a Carta, pois, como consequência deste processo, será possível compreender alguns dos problemas do texto aprovado e suas consequências para a organização do estado, da saúde e em especial aqueles relacionados à representatividade e legitimidade do texto.

É sabido que a constituinte de 1988 não foi convocada devido à ruptura institucional com o regime anterior, por via revolucionária, em que o processo constituinte se instalaria para fundar uma nova ordem. Ao contrário, a constituinte de 1988 corou um longo processo de transição entre o regime militar, instalado em 1964, e a redemocratização do país, com a realização de eleições diretas em todas as esferas de governo, em 1989 (76, p. 15).

A convocação da Assembleia Constituinte por meio de emenda a Constituição de 1967, praticamente outorgada pelo governo militar da época, foi um dos motivos que comprometeu a sua legitimidade. Esta proposta de convocação da constituinte, encaminhada em 1985, na prática, implicava transformar o legislador ordinário, aquele eleito para o Congresso, em parlamentar constituinte.

Assim, a eleição realizada em 15 de novembro de 1986, para deputados e senadores, ganhou poderes de Assembleia Nacional Constituinte, por meio da Emenda Constitucional nº 26, de 27 de novembro de 1985, quando o Congresso, então, recebeu essa delegação (9, p. 99).

Estas considerações se fazem necessárias para demonstrar que, embora o processo de democratização brasileiro tenha ocorrido devido à ampla e contundente mobilização popular, os resquícios do Estado autoritário ainda persistiram, inclusive na elaboração da Constituição. Assim, a eleição dos constituintes não foi exclusiva para a Assembleia que elaborou a nova Carta, eivando de vícios o processo, a representação popular e, por consequência, o seu caráter democrático (9, p. 98).

Pode-se, portanto, questionar a afirmação do Estado brasileiro como um estado laico pleno, explicitada na Carta, devido às reais condições de representatividade dos constituintes eleitos para formularem a Constituição. Desta forma, o que se discute são as condições da democracia no momento de elaboração da Carta, ou seja, o quão representativa da sociedade era a Assembléia Constituinte (77, p. 49).

A Constituição de 1988, atualmente em vigor, é a última Carta de uma série de 7 (sete), sendo a primeira de 1824, outorgada durante o Império, e as demais do período republicano, iniciado com a Constituição de 1891, após a proclamação da República. O período republicano foi caracterizado pela enunciação, de forma explícita, do chamado Estado laico, entendido como a separação entre Igreja e Estado.

O Estado brasileiro tornou-se desde então laico. “[...] Isto significa que ele se mantém indiferente às diversas igrejas que podem livremente constituir-se” (78, p. 178). Desde então a afirmação do Estado laico e o seu caráter republicano passaram a constar de todas as Cartas. Considera-se aqui como Estado laico, a separação entre Igreja e Estado, que, embora restrita para o atual conceito de laicidade, foi marcante para os primórdios da assistência à saúde aos índios, no início da República, quando o Estado assumiu a responsabilidade pela assistência em detrimento da oferecida pela Igreja.

Porém, polêmica como a afirmação sobre o caráter pluriétnico do estado brasileiro, a afirmação sobre a laicidade é contestada por grupos que afirmam que a atual Carta faz referência, em seu preâmbulo, à proteção divina, invocada para proteger aqueles que a promulgaram. Discute-se, até hoje, o valor jurídico desta introdução ao texto, alguns desconsideram sua importância e outros a realçam.

A caracterização da laicidade nos textos constitucionais, para além das referências religiosas, antecede e orienta a discussão, mais fundamental, sobre a democracia e a participação das minorias, notadamente a indígena, na elaboração da Constituinte brasileira. Assim, a definição de Blancarte sobre laicidade (2008) serve como parâmetro para orientar esta questão, diz o autor entender a laicidade como

processo de transição de formas de legitimidades sagradas a formas democráticas e baseadas na vontade popular [...] o que não é estritamente a separação estado-igreja, assemelhando-se à democracia, a laicidade, deve ser entendida como um processo e não um conceito acabado fixo e definitivo...(77, p. 9).

4.2 GARANTIA DE DIREITOS ÀS MINORIAS

A discutível participação popular e a escassa representação das minorias, em particular a indígena, associada às discussões centradas em temas de interesse da maioria comprometem a legitimidade da Carta aprovada que vão além das questões sobre a legitimidade na forma de sua convocação. Para ficar no exemplo associado a este trabalho, constata-se que os índios não elegeram nenhum representante para a constituinte cidadã, único indígena eleito ao parlamento foi Mário Juruna (79),

talvez assim apelidada pela exclusão dos habitantes das florestas e cerrados, os territórios da população indígenas.

Como afirma Schramm (72),

surge a questão de como fazer para focalizar os indivíduos vulnerados e lhes fornecer a proteção necessária para desenvolver suas potencialidades e sair da condição de vulneração e, ao mesmo tempo, respeitar a diversidade de culturas, as visões de mundo, hábitos e moralidades diferentes e que fazem parte da vida em comum, complexificando-a e enriquecendo-a[...] (72, p. 20-21).

Comentando as Cartas brasileiras, Araújo (2006) diz que a Constituição de 1891, por exemplo, nem menção fazia à existência de índios no Brasil (80). Em tempos recentes, a negação de direitos aos povos indígenas adquiriu nuance menos explícita, manifestando-se pela política integracionista, que buscava assimilar os índios à sociedade brasileira, ou a “comunhão nacional” como cita o estatuto do índio.

No entanto, a atuação dos indígenas, no interior do processo de mobilização social de redemocratização, levou esta parcela da minoria à defesa de seus direitos e, porque não dizer, de sua diferença, aparecendo então como o “outro” em relação aos setores dominantes da sociedade. É este outro que Langdon (2008) afirma ser, agora, agente de transformação, “o outro virou sujeito político, com capacidade de agir e de decidir sobre sua vida. A cultura hoje é caracterizada como um fenômeno heterogêneo e resultado de uma pluralidade de visões” (81).

Este “outro”, aparece assim como alternativa ao “eu” cartesiano da modernidade, este “outro” que se apresenta como portador de concepção diferenciada daquela de origem europeia, capitalista e cristã. Portanto, ao insurgir como diferente, este “outro”, até então invisível politicamente irá se opor à ação homogenizadora e universalista das formulações filosóficas e políticas da maioria.

Para Lévinas (82), filósofo contemporâneo cujo tema é a problematização da alteridade, o outro é esse “aquilo”, que a rigor não é “aquilo” nem “isto”, é ALGUÉM. Alguém que, na sua alteridade, solicita um entrar em relação, em pôr-se frente a frente, um face a face, sem que haja assimilação de um por outro.

Para o filósofo este outro, na sua alteridade, busca a efetividade da relação sem que seja quebrada a distância que o separa e sem que a separação impossibilite a relação. Isto é, que aconteça a relação em radical respeito à alteridade do outro (82).

Derrida, outro filósofo contemporâneo, próximo a Levinas, mas no entanto iria criticar suas afirmações, pois Lévinas, segundo Derrida, reduziria o “outro” à sua face humana. Contra esta posição, embora a respeitando, Derrida afirma que o “Absolutamente outro é absolutamente [todo e qualquer] outro”(83). O que abre a perspectiva para, neste trabalho, problematizarmos a política de saúde indígena como a “outra”, diferente daquela do Sistema “Único” de Saúde.

Assim, foi como sujeitos políticos, isto é, os “outros” sujeitos políticos que os índios se mobilizaram para assegurar seus direitos na constituinte de 1988, principalmente, o acesso à terra, necessidade vital para eles. Este movimento inaugurou uma visão diferenciada de progresso, presente até então na sociedade brasileira, que sempre viu as populações indígenas como empecilho ao desenvolvimento nacional (84).

Movidos por suas próprias convicções e reivindicações, os índios, em diversos estados da Federação, participaram de partidos e organizações políticas enfrentando disputas por espaços e recursos. Sabe-se que ao menos uma dezena de candidatos indígenas participaram do pleito para deputado em 1986. Como já relatado, nenhum deles veio a se eleger.

O único precedente de representante indígena no parlamento brasileiro é de Mário Juruna. Cacique da etnia Xavante do Mato Grosso, nascido em 1942, em uma aldeia próxima ao município de Barra do Garças (79). Eleito pelo Rio de Janeiro, exerceu o mandato de 1983 a 1987, não conseguiu a reeleição, em 1986, ao parlamento que se transformou em constituinte. Deixou como legado de sua passagem pelo Congresso a Comissão Permanente do Índio (85).

Desta maneira, constata-se que há, no Estado brasileiro, uma distorção de representação que compromete os princípios da laicidade, como, por exemplo, o respeito aos grupamentos minoritários, seja pela cultura, pela religião, pelo gênero e outros motivos (77, p. 8). Este déficit na representação, explicitado neste capítulo, origina-se, em nossa opinião, na forma de convocação da constituinte. Pelas características antidemocráticas, não autônomas, herdadas do período ditatorial e presentes na Assembleia Constituinte acabou por excluir as minorias inclusive a indígena.

No entanto, mesmo não elegendo representantes para o Congresso, os povos indígenas conseguiram, com sua organização, dar visibilidade às chamadas “questões indígenas”. Levaram, inclusive, suas reivindicações para além do

chamado campo indigenista. Com o apoio de parlamentares de diferentes matizes, conquistaram a inclusão de capítulo específico na Constituição, intitulado “Dos Índios” (7).

Na citação de Débora Duprat,

A Constituição de 1988 representa uma clivagem em relação ao sistema constitucional pretérito, uma vez que reconhece o Estado brasileiro como pluriétnico, e não mais pautado em pretendidas homogeneidades, garantidas ora por uma perspectiva de assimilação, mediante a qual sub-repticiamente se instalam entre os diferentes grupos étnicos novos gostos e hábitos, corrompendo-os e levando-os a renegarem a si próprios ao eliminar o específico de sua identidade, ora submetendo-os forçadamente à invisibilidade (86, p. 41).

O que se observou é que apesar da sub-representação política, a organização e constante mobilização dos índios permitiram a conquista de direitos, anteriormente negados, e ainda superar a condição de “tutelados”.

Para entender as repercussões destas conquistas, analisaremos os direitos indígenas e o marco legal da saúde, construído na constituinte. Também abordaremos a legislação infraconstitucional que normatiza o setor de saúde em geral e a saúde indígena em particular. Esperamos, com isso, demonstrar que o atual estágio de organização da atenção à saúde indígena é fruto da luta empreendida pelos índios e seus aliados em busca de melhores condições de vida.

4.3 A SAÚDE E OS ÍNDIOS NA CARTA

A Constituição de 1988 traz, em seu bojo, dois tópicos significativos ligados diretamente ao tema central desta dissertação. O primeiro é sobre saúde e o segundo sobre os povos indígenas que como veremos a seguir recebem, no Texto Constitucional, tratamento específico.

A saúde aparece no Título VIII, Da Ordem Social, Capítulo II, Da Seguridade Social, Seção II e conta com quatro artigos, 196 a 200. O segundo refere-se aos índios e aparece no mesmo Título VIII, Da Ordem Social, no Capítulo VIII, Dos Índios, com dois artigos, 231 e 232 (8).

Os artigos referentes à saúde são de expressiva abrangência democrática, sobretudo o primeiro, art. 196, ao afirmar que:

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 (8).

A discussão sobre este texto, promovida há anos nos meios acadêmicos, tem muitas nuances. Centraremos nos aspectos relacionados à temática do trabalho. Assim, pode-se dizer que o artigo, indiretamente, faz referência às minorias e, portanto, aos índios, quando diz que “A saúde é direito de todos...” e que será garantido o “... acesso universal e igualitário às ações e serviços...”.

Chamam a atenção o “todos”, pois não faz restrições a nenhum grupo ou minoria, e o “universal e igualitário”, pois pressupõe que “todos” acessarão “todas” as ações e serviços “igualmente”, caracterizando um princípio laico de não discriminação, por parte do Estado, de quem quer que seja (77, p. 9).

Estes aspectos laicos e democráticos que aparecem na Carta são de importância capital para assegurar direitos aos índios. Afirma Araújo (2006) que a Constituição de 1988 muda radicalmente a compreensão destes direitos, presentes em outras Cartas constitucionais, ao modificar a política assimilacionista. Diz a autora que a

Constituição quebrou o paradigma da integração e da assimilação que até então dominava o nosso ordenamento jurídico. Ao assegurar aos índios o direito à diferença, calcado na existência de diferenças culturais, e garantindo aos povos indígenas permanecerem como tal, se assim o desejarem, devendo o Estado assegurar-lhes as condições para que isso ocorra (80).

Assim, ao reconhecer o direito à diferença, segundo Araújo, a Constituição dá aos povos indígenas um novo patamar de liberdade até então encoberto pela perspectiva integradora e igualitária.

Para manter a abordagem na temática diretamente relacionada com o tema da dissertação, analisaremos o artigo da Constituição (8) que faz referência aos índios e as nuances que o aproximam das questões de saúde:

Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens(8).

Este artigo, embora trate mais explicitamente do direito à terra por parte das populações indígenas, faz referência ao reconhecimento dos “costumes, línguas, crenças e tradições”, em que podem ser incluídas, portanto, as formas de lidar com a própria saúde, especialmente seus modos tradicionais de cura.

No parágrafo primeiro deste mesmo artigo, afirma-se:

São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as [...] necessárias a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições(8).

No quinto parágrafo deste mesmo artigo, explicita-se claramente a temática da saúde, embora restrita à remoção das populações indígenas dos seus territórios,

§ 5º É vedada a remoção dos grupos indígenas de suas terras, salvo, *ad referendum* do Congresso Nacional, em caso de catástrofe ou epidemia que ponha em risco sua população, ou no interesse da soberania do País, após deliberação do Congresso Nacional, garantido, em qualquer hipótese, o retorno imediato logo que cesse o risco(8).

Assim, depois de expostos estes artigos, pode-se concluir que a Carta de 1988⁸, quando fala de saúde e dos índios, não faz uma relação direta e imediata entre estes dois temas. O que acontece, por exemplo, quando faz referência aos trabalhadores, como segue:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...]
II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;”(8).

4.4 LEGISLAÇÃO INFRACONSTITUCIONAL

Desta maneira, o que o Texto Constitucional não acolheu, isto é, a necessidade de integrar a temática de saúde e os povos indígenas, será regulamentado posteriormente pela legislação infraconstitucional.

Desta forma, o setor saúde tem na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como “Lei Orgânica da Saúde”, a base legal para orientar a organização

do Sistema de Saúde (12). Destacam-se na Lei Orgânica, relacionados com nossa dissertação, os artigos a seguir:

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.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País(12).

O texto da Lei nº 8.080 trata, dentre diversos assuntos, das diretrizes que norteariam a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), como as de integralidade e descentralização. No entanto, além da referência à saúde dos trabalhadores, a temática sobre a saúde de grupos populacionais específicos, inclusive os indígenas, não foi mencionada na Lei quando esta foi sancionada.

O reconhecimento das especificidades da parcela indígena da população brasileira na Lei Orgânica somente ocorreu após nove anos da primeira formulação deste texto legal. Foram então acrescentados à versão original, que regulamentou o SUS, o Capítulo V e os respectivos artigos que integram a Lei nº 9.836/1999, conhecida como “Lei Arouca.”

Esta homenagem ao eminente sanitarista justificar-se-ia, pois, naquele momento, Arouca exercia o mandato de Deputado Federal e foi o autor, na Câmara, do projeto de modificação da Lei Orgânica. Ao acrescentar o Capítulo V à Lei nº 8.080, a Lei Arouca forneceu as bases legais para a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Do texto da lei, destacamos os citados a seguir:

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e 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.

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado (13).

Neste último, art.19-G, contemplou-se um dos grandes diferenciais do Subsistema em relação ao SUS, ou seja, a organização em Distritos, como diz o parágrafo:

“§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.”.

Ressalta-se que o próprio SUS, em seus primórdios, foi pensado como um sistema que deveria ser organizado com base em Distritos. Esta proposta foi abandonada em benefício da municipalização, modificando a base territorial de organização dos serviços.

Outro dos artigos da lei que confere importância e visibilidade política ao Subsistema diz respeito à garantia de participação de representantes indígenas nas instâncias colegiadas de deliberação do SUS, como diz o texto abaixo:

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(13).

Assim, as ações de saúde indígena, agora parte do corpo legal que regulamenta a política setorial, ganharam uma dimensão desconhecida até então. Esta foi aprimorada com a formulação de uma Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (PNSPI), que consolidou os debates e proposições das Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI) como será demonstrado à frente.

Também, a partir da Lei Arouca, foi criado, no âmbito da Fundação Nacional de Saúde, o Departamento da Saúde Indígena (Desai), que propiciou uma qualidade diferenciada no trato das questões administrativas da saúde indígena(87). Este Departamento foi extinto recentemente com a criação da Secretaria Nacional de Saúde Indígena (Sesai), dentro do Ministério da Saúde, fruto de articulação política que trataremos posteriormente.

Estes avanços na legislação propiciaram um rearranjo no setor saúde de forma geral e na saúde indígena em particular, afetando diretamente a disponibilidade de serviços ofertados à população e aos povos indígenas. Este é o lado aparente de intensas articulações e debates ocorridos no período.

Assim, tiveram papel fundamental na contínua incorporação para os avanços legais, como a Lei 8080 e a Lei Arouca, a mobilização e discussão ocorridas nas Conferências de Saúde. A começar da 8ª CNS e sua congênere indígena 1ª CNPSI,

realizadas em 1986, estas instâncias foram e permanecem como fóruns de críticas, formulações e deliberações de suma importância, ao incorporar democraticamente os diversos segmentos que atuam na área de saúde na definição de diretrizes para a política setorial como veremos no capítulo sobre o tema.

4.5 CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE INDÍGENA

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) transformaram-se em marco de discussão democrática e momento privilegiado para a formulação da política de saúde. O sucesso desta iniciativa pioneira do setor de saúde levou, inclusive, outras áreas do Governo, como as de cultura, ciência e tecnologia, a adotarem esta estratégia de discussão para a formulação de suas diretrizes. Como diz documento produzido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS):

“Conferências e conselhos de saúde são, hoje, os principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação da política de saúde em todas as esferas de governo” (88, p. 11).

Na saúde, este processo tem como referência a antológica 8ª Conferência Nacional de Saúde ou, simplesmente, Oitava, como dizem os militantes do movimento sanitário brasileiro. Realizada no início de 1986, momento histórico da redemocratização do país, introduziu o movimento popular na formulação dos princípios da política de saúde, consagrada na Constituição de 1988, como citado em capítulo anterior.

Seguindo os passos das Conferências de Saúde, também a área da saúde indígena tem nas Conferências momento privilegiado de formulação da política específica de atenção. Normalmente vinculada às temáticas das Conferências Nacionais, as Conferências de Saúde Indígenas tem, desde 1986, aumentado significativamente sua importância na formulação de políticas para a área.

4.6 I CONFERÊNCIA DE SAÚDE INDÍGENA

O amplo movimento de discussão sobre a reforma sanitária associado à realização da 8ª CNS, propiciou que fosse também realizada a I Conferência de Saúde Indígena, intitulada à época de 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI). Acompanhando a temática da 8ª CNS, de necessidade de reformulação do setor de saúde, a 1ª CNPSI pautou suas discussões na necessidade da implementação de reformas na atenção à saúde dos povos indígenas.

Patrocinada por organizações indigenistas, profissionais da área e lideranças dos índios, esta Conferência, embora com poucos participantes, inaugurou uma nova época para a área. Algumas das propostas aprovadas na Conferência influenciaram decisivamente a reorganização da assistência à saúde indígena, operada nos anos subsequentes. Dentre elas, destacam-se:

[a] recomendação para que fosse garantida aos povos indígenas a participação nas fases de formulação, planejamento, execução e avaliação das ações e serviços de saúde voltados a eles.

[b] gerenciamento de serviços de saúde indígena sob a responsabilidade de um único órgão vinculado ao Ministério da Saúde.

[c] distinção no atendimento de povos isolados ou de contato recente.

[d] reconhecimento por parte do órgão responsável, dos saberes tradicionais sobre saúde, mantendo o acesso universal ao sistema de saúde.

[e] estímulo à formação de agentes de saúde indígenas.

[f] construção de um sistema de informações específico para a saúde indígena(89).

Como citado, após a realização da 8ª CNS e da I CNPSI, que subsidiaram as discussões dos artigos sobre saúde na Constituição de 1988 e, posteriormente, a formulação da Lei Orgânica, estavam dados os instrumentos legais para a construção do SUS. Porém, a saúde indígena teve que aguardar um bom tempo para ser reformulada, conforme proposição da I CNPSI. No entanto, o setor da saúde, nos anos 1990, passou por um período de grandes transformações institucionais que atingiram também a saúde indígena.

4.7 II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA

A II Conferência Nacional de Saúde Indígena, depois de conturbado período da vida política nacional, realizou-se em novembro de 1993. Foi convocada em função da 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1992, depois de sucessivos adiamentos.

A 9ª CNS teve como lema “municipalização é o caminho”, tema caro aos militantes da saúde indígena. Pois, desde a realização da I CNSI, o movimento indígena é contrário à municipalização da saúde. Dizem os próprios índios que é nas instâncias de poder dos municípios que se encontram seus principais opositores.

Neste tópico, antes de abordar os principais temas da II CNSI, cabe um parêntese para comentar o clima político vigente, em agosto de 1992, durante a realização da 9ª CNS. Descritos no relatório final da Conferência corroboram com os argumentos apresentados sobre o Governo Collor. Seguem algumas das conclusões aprovadas:

A IX CNS entende que o quadro de saúde vivido pela população brasileira caracteriza-se particularmente, por:

[a] completo desrespeito à vida, evidenciado pelos inaceitáveis indicadores de saúde: baixa expectativa de vida, alta mortalidade infantil, alta mortalidade materna, elevado grau de desnutrição infantil, elevado número de acidentes do trabalho com milhares de mortes e incapacidades permanentes;

[b] inaceitáveis diferenças regionais e étnicas dos indicadores de saúde, revelando os diferentes padrões de cidadania, conforme o grau de desenvolvimento regional e a renda;

[c] a IX CNS entende também que esse quadro sanitário é consequência direta das características do Estado brasileiro e da adoção do projeto neoliberal(grifo nosso) (90).

O relatório traz também uma carta, aprovada na Conferência, intitulada “Carta da IX Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira – Em Defesa da Vida e da Ética: Fora Collor”. A palavra de ordem “Fora Collor,” que ganharia as ruas, levou a renúncia do então presidente, em outubro, dois meses após a Conferência, evitando o processo de impedimento em curso no Congresso Nacional.

Este período de instabilidade política, com a renúncia de Collor e a posse do vice Itamar Franco, acarretou muitos impasses à política de saúde indígena. Surgiram, neste momento, algumas portarias e normas que alternam a

responsabilidade pela saúde dos índios, entre a Funasa e a Funai, gerando intensa disputa interinstitucional pelo comando das ações.

Nesse clima, foi convocada a II CNSI, realizada em Luziânia, em novembro de 1993, com 200 participantes, entre indígenas e não indígenas, seguindo a recomendação de reservar 50% das vagas a delegados representantes dos usuários. Estes delegados foram eleitos em etapas regionais, à semelhança dos delegados das CNS

Dentre as diferentes temáticas abordadas durante a II CNSI, destacam-se a primazia em construir um sistema de saúde, com base nos princípios do SUS. Como citado na introdução do relatório:

Esta II CNS-PI teve como objetivo a definição das diretrizes da Política Nacional de Saúde para os povos indígenas e a atualização, em novas bases, das recomendações da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em conformidade com o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde e incorporação no mesmo de um subsistema diferenciado de saúde para os povos(91).

Aparece assim, em 1993, explicitamente, pela primeira vez, a proposição de um sistema diferenciado voltado para a atenção à saúde dos povos indígenas. Com redação semelhante ao relatório, o Subsistema apareceu quando da aprovação da Lei Arouca, em 1999. Note-se que a sugestão para a criação de um subsistema aparece como forma de consolidação do sistema único.

Nesta Conferência, alguns outros aspectos relevantes para a temática da dissertação foram enfaticamente abordados, devido ao momento pós-constituinte e ao debate das questões indígenas que seguiram à Eco-92. Cita o relatório, nos princípios gerais, referindo-se ao que chamaremos de “universalidade *versus* diferença”:

Para que sejam garantidas as diretrizes de descentralização, universalização, equidade e participação comunitária, como princípios do SUS, e para que os povos indígenas do país sejam atendidos de acordo com suas especificidades socioculturais e sanitárias, é imperativo que se definam políticas públicas setoriais também específicas.
O caráter de universalidade do sistema somente pode ser viabilizado através de enfoque diferenciado, tratando adequadamente povos diferentes (grifo nosso) (91).

Em relação ao segundo tema, que trataremos como “a questão da descentralização”, diz o texto:

O caráter descentralizado do SUS, conformado pelo *processo de municipalização*, deve ser concebido, no caso das populações indígenas, de acordo com os preceitos constitucionais relativos aos direitos indígenas, que definem a responsabilidade indelegável da União na sua assistência. Assim, *a responsabilidade da saúde indígena deve ser do nível federal* (grifo nosso)(91).

Portanto, estavam descritos os posicionamentos da Conferência diante dos temas que o SUS assume como princípios. No primeiro caso, em nosso entendimento, uma incongruência conceitual que acha possível adequar universalidade com diferenças.

No segundo caso, o tema da municipalização, lema central da 9ª CNS, foi considerado pelos indígenas como uma ameaça desde a I CNPSI, como explicitado anteriormente foi tratado no relatório com indisfarçável mal-estar.

Por fim, outro tema caro ao SUS e antagônico à municipalização, a recomendação para que o Subsistema de Saúde Indígena seja organizado em “Distrito Sanitário Especial Indígena”, caracterizado por:

- [a] base territorial definida por *critérios étnicos*, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços;
- [b] controle social da rede distrital exercido através *dos conselhos distritais de saúde indígena* (CDSI), de composição paritária e de caráter deliberativo nas ações de saúde em sua área de abrangência;
- [c] existência de uma rede de serviços, com equipes de saúde, adequadamente capacitadas para o atendimento aos povos indígenas, com suprimento regular dos insumos necessários à execução das ações, bem como meios de transporte e de comunicação para as equipes de saúde;
- [d] autonomia administrativa e financeira através do *repasso de recursos do Governo Federal diretamente para os distritos*, mediante apresentação de projetos, aprovados nos Conselhos Distritais;
- [e] ter comando único técnico e/ou executivo, com *gerente designado pelo Conselho Distrital*(grifo nosso) (91).

O modelo assistencial, baseado em distritos, foi inicialmente discutido pelos formuladores do SUS para ser, digamos, a sua forma de organização primária, a partir do qual todo o sistema se conformaria. Porém, este modelo de organização dos serviços foi substituído pela municipalização, tema da 9ª CNS. Com a proposta de distritalização, apesar dos constrangimentos, os formuladores da política de saúde indígena buscavam um modelo diferenciado à municipalização.

O período seguinte, caracterizado por um longo intervalo, entre a realização da II CNSI, em 1993, e a III CNSI, em maio de 2001, foi de importância fundamental para a formulação da política de saúde indígena. Este momento, como anteriormente descrito, foi marcado pelo aparecimento e presença definitiva da

bioética na saúde pública. Desde então, bioética e políticas de saúde teriam trajetórias confluentes no Brasil.

Neste intervalo também, embora sem grandes debates com os segmentos envolvidos com a saúde dos índios, foi formulada a Lei Arouca, que iniciou sua tramitação na Câmara, em 1997. Período de turbulências políticas nacionais e de disputa pelo controle da saúde indígena, esteve marcado por diversos atos, entre portarias e decretos, regulamentando os serviços de saúde que expressam a disputa interinstitucional. Entre estes atos, a Resolução nº 2 da CISI, que aprova o “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio”, de 1994 (32). Também o Decreto Presidencial nº 3.156, de agosto, de 1999, que, entre outros temas, diz:

Art. 1º A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde. [...]

Art. 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela Fundação Nacional de Saúde – Funasa(87).

Outro importante ato foi a Portaria Ministerial nº 1.163, de 14 de setembro de 1999⁹², que dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde, e para o financiamento das ações, como segue:

[a] considerando que a gestão da atenção à saúde para os povos indígenas é de responsabilidade do Ministério da Saúde, como gestor do SUS;

[b] considerando a necessidade de que a organização da assistência aos povos indígenas seja orientada por *suas especificidades étnicas e culturais*;

[c] considerando que os povos indígenas enfrentam situações distintas de risco e vulnerabilidade, além de conflitos em suas relações com a sociedade envolvente;

[d] considerando a necessidade de assegurar o aperfeiçoamento dos mecanismos de integração entre o Ministério da Saúde, Estados e Municípios,

[e] considerando a necessidade de assegurar a identificação de responsabilidade na execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, resolve:

Art. 5º Instituir o *Fator de Incentivo de Atenção Básica* aos povos indígenas, destinado às ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde. [...]

Art. 7º Criar o *fator de incentivo para a assistência ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico* a população indígena (grifo nosso) (92).

As implicações econômicas deste ato ficam evidentes, consequência da nova administração ministerial que instituiu critérios de financiamento diferenciado para o atendimento aos índios.

Ressalta-se que é desta época o chamado “Plano Real”, que redirecionou a política econômica e é tido como marco do Governo Fernando Henrique, iniciado em 1994 e reeleito em 1998, completando oito anos de mandato.

A indicação do economista José Serra para Ministro da Saúde, cargo que ocupou de 1998 a 2002, foi marcante para a política setorial do período. Quadro destacado do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), Serra encerrou sua gestão no Ministério lançando-se candidato à Presidência nas eleições de outubro 2002, disputando com Lula, candidato do Partido dos Trabalhadores (PT).

Dentre os últimos atos da administração de Serra voltados à saúde indígena está a Portaria nº 254, de janeiro de 2002, contendo as bases da política de saúde. Referendada anteriormente pelo Conselho Nacional de Saúde, em novembro de 2001, ganhou o título de Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (32).

4.8 III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA

Realizada em maio de 2001, na cidade de Luziânia, a III Conferência Nacional de Saúde Indígena foi realizada oito anos após a II CNSI. Como as Conferências anteriores, seguiu a temática da 11ª Conferência Nacional de Saúde, “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social”. Assim, o tema da III CNSI foi “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde Indígena com Controle Social” (93).

A III CNSI teve número expressivo de delegados participantes, por volta de 320 representantes indígenas e 300 representantes de trabalhadores, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços. A maioria destes delegados foi aprovada em conferências locais. Estima-se que em torno de 1.000 pessoas tenham participado das atividades da Conferência, um salto expressivo em relação à II CNSI (22).

Dentre os objetivos principais, como previsto em sua temática, estava o de:

“Analisar os obstáculos e avanços na implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme a Lei nº 9.836/1999, que complementa a Lei Orgânica da Saúde” (94).

A Conferência, segundo constou do seu regimento, foi organizada em torno de três eixos temáticos:

- I - os povos indígenas e o Sistema Único de Saúde: avaliação do processo de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- II - acesso, qualidade e humanização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;
- III - promoção da saúde e responsabilidade intersetorial: segurança alimentar e auto sustentabilidade.

Ainda, de acordo com o regimento, foram identificadas cinco linhas de discussão para aprofundar os eixos temáticos,

- [a] o respeito à diversidade cultural dos povos indígenas e o *direito à atenção diferenciada à saúde* que lhes é assegurado pela legislação em vigor;
- [b] a equidade e o direito de cidadania, assim como as demais diretrizes constitucionais da universalidade, da integralidade, da participação social e da descentralização;
- [c] a afirmação dos valores da solidariedade social e da responsabilidade de todos no processo de implantação do Subsistema de Saúde Indígena;
- [d] as estratégias de controle social para o alcance dos objetivos delineados na proposta operacional dos distritos sanitários especiais indígenas;
- [e] a importância estratégica da educação e dos recursos humanos para os três eixos temáticos (94).

Nota-se ao analisar o relatório final da III CNSI o predomínio das questões técnicas e administrativas em detrimento das temáticas políticas. Assim, as preocupações com a vigilância epidemiológica de doenças, a realização de convênios com organizações não governamentais e, ainda, com o sistema de informação aparecem em destaque no relatório.

Fruto daquele momento político, fim do Governo Fernando Henrique/José Serra, a valorização das temáticas técnicas, transformadas em burocráticas, predominaram nesta Conferência. No entanto, temáticas relevantes para esta dissertação merecem destaque, mesmo porque serão recorrentes no período entre a III CNSI e a IV CNSI, realizada em 2006.

Dentre os temas, na parte inicial do relatório, chamada de “Princípios Gerais”, o item 1 (um) faz referência à particularidade de cada povo indígena, ao afirmar que

Cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores e formas de vivenciar a saúde e a doença. As ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, ressaltando os contextos e o impacto da relação de contato interétnico vivida por cada povo(95).

No item 7(sete), para ficar na temática relevante ao trabalho, diz o relatório:

A implantação de medidas e ações voltadas para o combate à discriminação e ao preconceito em relação aos povos indígenas, promovendo o reconhecimento e valorização da diversidade cultural na sociedade nacional e, especialmente entre os profissionais de saúde, determina as condições de vida e acesso da população indígena aos serviços de saúde (95).

Ainda nos chamados “Princípios Gerais”, o relatório destaca o controle social, reafirmando a necessidade de seu fortalecimento, como fundamental para a implantação de uma política de atenção integral à saúde indígena.

Na parte final, ao se referir ao “Modelo de Gestão e Organização dos Serviços, Parcerias e Articulação com o SUS”, aparecem propostas como “A gestão da saúde indígena é e deve permanecer como responsabilidade do Governo Federal/Ministério da Saúde”

A proposta cujo teor foi recentemente utilizado como “mote” para justificar a criação da Sesai apareceu nessa Conferência com o formato abaixo:

O Governo Federal deve assegurar a autonomia administrativa, orçamentária e financeira efetiva de gestão para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, reconhecendo-os como *unidades gestoras*, submetidos ao processo de controle social(grifo nosso) (95).

Seguem destacados três tópicos que fazem menção a temas fundamentais para os desdobramentos diretos nas ações da saúde indígena:

[a] *priorizar a celebração de convênios com as organizações indígenas* atestando assim o respeito pela autonomia dos povos indígenas.

[b] o Governo Federal deve viabilizar mecanismos para a contratação de recursos humanos de maneira a garantir ao órgão gestor da saúde indígena do Ministério da Saúde a execução direta de ações de saúde.

[c] viabilizar o *atendimento diferenciado* aos povos indígenas na rede de referência, através da garantia de acesso do paciente internado às práticas tradicionais indígenas (grifo nosso) (95).

Ao finalizar a análise das propostas aprovadas na III CNSI, nota-se o aparecimento da temática ética pela primeira vez em uma Conferência, principalmente a relacionada às pesquisas. Em consonância com a Resolução nº 304 do Conselho Nacional de Saúde, o relatório apresenta um tópico cujo título é

“Ética em Pesquisas, Propriedade Intelectual e Patentes Envolvendo Povos Indígenas”, que contém quatro recomendações, dentre elas a de que as pesquisas devem sempre ser destinadas a ajudar as comunidades a resolver seus problemas em busca da melhoria da qualidade de vida.

Além disso, apresenta nove propostas, com destaque para as duas abaixo:

- a) Deve ser elaborada uma norma de ética das relações interculturais para qualquer tipo de intervenção nas populações indígenas.
- b) Incluir no projeto de capacitação de conselheiros de saúde do Ministério da Saúde, assim como em qualquer capacitação de conselheiros locais e distritais de saúde indígena, o conteúdo de ética em pesquisa (95).

A importância desta Conferência esta assegurada pelos subsídios que forneceu para a elaboração da política de saúde indígena. Implementada como um dos últimos atos administrativos para a área de saúde indígena do Governo Fernando Henrique/José Serra, a formulação da política ainda hoje é o documento base que orienta as ações setoriais como veremos a seguir.

4.9 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS (PNASPI)

A Portaria nº 254 do Ministério da Saúde, de janeiro de 2002, que aprovou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena (PNASPI), é seguida de um extenso anexo que contém seus principais pontos (32). Foi publicada pela Funasa em duas edições: em dezembro de 2001, após a aprovação no Conselho Nacional de Saúde, e em 2002.

O anexo da portaria, em sua introdução, trata dos antecedentes da assistência à saúde indígena, ao qual já fizemos referência no início desta dissertação, e faz uma análise da situação atual, isto é, aquela das condições de saúde dos indígenas quando da aprovação do texto.

Também estão contidos na portaria pontos contraditórios, em nosso entendimento, desta política. São temas frutos dos debates em curso naquele momento que permearam também as discussões durante a III CNSI, como, por exemplo:

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais (96, p. 6).

Aqui podemos notar a boa intenção de compatibilizar ambas as políticas, a de saúde e a indígena, presentes em artigos da Constituição. Entretanto, como isto seria possível? Como promover esta compatibilização reconhecendo as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas? Como reconhecer especificidades em uma política nacional de saúde, fundamentada no SUS, para lembrar Sistema “Único” de Saúde, com proposta universalista e pretensões de tratar a todos igualmente?

Assim, ao tratar de tema semelhante Teixeira afirma,

A tensão entre particularismo e universalismo presente no subsistema de saúde indígena tem experimentado um movimento pendular, em geral tendendo para a singularidade no nível retórico, para a homogeneização na prática e para a invisibilidade na memória institucional das agências governamentais de saúde pública (56, p. 340).

O texto da portaria continua, em nosso entendimento, suas contradições, ao citar que,

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo *complementar e diferenciado de organização dos serviços* – voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde –, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo [...] (grifo nosso) (96, p. 6).

E dando seguimento à sua prescrição na tentativa de compatibilizar a política do SUS com a necessidade de responder as demandas por um sistema diferenciado por parte dos povos indígenas, a portaria diz que,

[...] Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população (96, p. 6).

Em seguida, e praticamente confirmando nossas interrogações, reafirma os princípios do SUS e a necessidade de uma atenção diferenciada, que, no dizer de Langdon e Diehl (2007), caracteriza-se como o “princípio da atenção diferenciada”.

É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da

descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a *atenção à saúde se dê de forma diferenciada*, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos(grifo nosso) (96, p. 6).

Assim, desde o início da sua formulação, a política de atenção à saúde indígena está enredada nas contradições de uma política “universalista” que precisa responder por uma demanda de respeito às diferenças. Como exemplo, citamos as medidas “descentralizadoras”, como a municipalização no SUS, contrapostas às resoluções das conferências de saúde indígena que sempre reivindicaram uma atenção diferenciada, mas sob a responsabilidade da União.

Outro aspecto a se considerar quando se trata de uma política de cunho universal é aquele apontado por Fortes (97, p. 4), citando Schutz, ao questionar se o atendimento irrestrito não acabaria por prejudicar os setores mais desfavorecidos da sociedade, uma vez que são estes os segmentos mais desorganizados. Desta forma, eventuais injustiças na alocação de recursos, por exemplo, poderiam se perpetuar beneficiando os setores mais organizados.

A portaria, em nosso entender, aprofunda e torna explícita as dificuldades em compatibilizar universalismo e pluralismo ao reconhecer as especificidades das populações indígenas e sua “medicina tradicional”. Esta relação intercultural, item terceiro da portaria, faz referência aos “princípios do SUS” ao mesmo tempo em que reconhece o direito dos índios à sua cultura.

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, *de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde*, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, *reconhecendo a eficácia de sua medicina* e o direito desses povos à sua cultura(grifo nosso) (96, p. 13).

Após a introdução, apresentada acima, o texto da portaria define as diretrizes para se atingir os objetivos da política. Dentre as nove diretrizes propostas, destacamos as de interesse para a dissertação que a seguir serão detalhadas (96, p. 13):

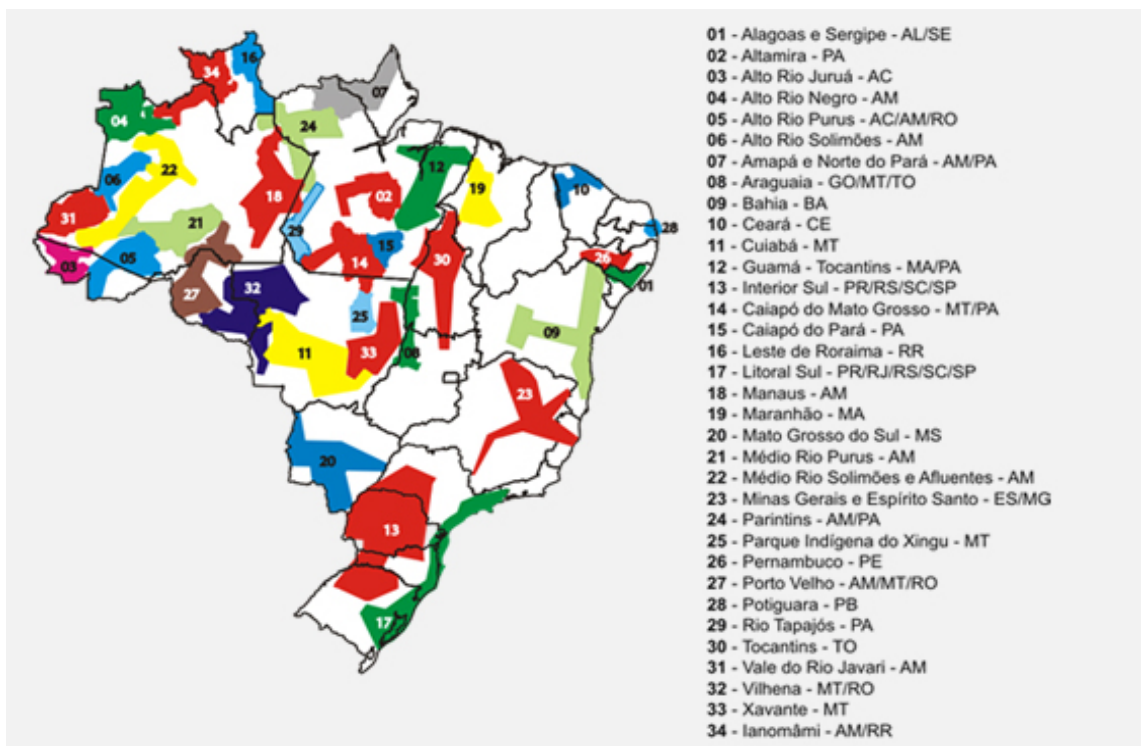
A - organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;

- B - preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- C - articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- D- promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- E - controle social

A - Quanto aos distritos sanitários, destaca-se a ênfase na sua conceituação como “um modelo de organização de serviços orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado”. Merece atenção a utilização do termo “etno-cultural” como fator a ser considerado na delimitação dos distritos.

A figura 1 permite visualizar a conformação e distribuição dos 34 DSEI que fazem parte da organização do Subsistema de Saúde Indígena. Este desenho propicia uma noção da complexidade e heterogeneidade das áreas, mostrando como alguns distritos, inclusive, ultrapassam as divisões geopolíticas das unidades federadas (98).

Figura 1 – Localização dos distritos sanitários especiais indígenas



Este modelo de organização distritalizada surgiu, como dito, com o movimento da reforma sanitária e acabou substituído pela política de municipalização implementada no SUS. Assim, os distritos continuaram como modelo organizacional somente na atenção à saúde indígena, atendendo de certa forma a reivindicação indígena pela manutenção da saúde como responsabilidade do Governo Federal, como previsto na Lei nº 9.836/1999, como citado abaixo,

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas(13).

Para ilustrar os argumentos à linha de raciocínio por nós empreendida, isto é, de uma relação antagônica entre a pretensão de universalidade do SUS e a necessidade de atenção diferenciada aos povos indígenas, citamos uma passagem do “Relatório Inicial de Diagnóstico Situacional do SSI”, de abril de 2009. O documento apresenta a interpretação de um conselheiro de saúde indígena ao ler o artigo 19-F da Lei Arouca, em reunião de planejamento das ações em Brasília, em agosto 2008.

Art. 19 F - Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e 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 da assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional (grifo nosso) (13).

Disse o conselheiro de forma sucinta, após o término da leitura do artigo, “é o SUS que deveria se adaptar para ser plenamente acessível aos povos indígenas, e não estes ao SUS” (89, p. 90).

B - A formação de recursos humanos (RH) ou, melhor dizendo, a preparação das pessoas para atuarem em contexto de interculturalidade, como é o caso das ações desenvolvidas na área de saúde indígena, é uma estratégia central para o SSI, no entanto, recebe pouca atenção dos responsáveis pela política setorial.

Tem-se hoje uma bem-sucedida experiência de aproveitamento dos próprios indígenas na atuação como agentes indígenas de saúde (AIS) e, também, como agentes indígenas de saneamento (Aisan). Estes agentes, escolhidos pelas

comunidades, recebem remuneração e servem de elo entre as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) e as comunidades aldeadas. As EMSI normalmente são formadas por médicos, dentistas, enfermeiros, assistentes sociais, antropólogos, entre outros. A tabela 1, apresenta algumas informações sobre o quadro de RH em atividade no SSI:

Tabela 1 – RH em atividade no SSI

Categoria profissional	Funasa	SAS/MS	Conveniada	Município	Outras	Total
Nível superior	129	860	570	120	2	1.681
Nível médio AIS/Aisan	1.188	4.940	4.223	726	168	11.214
Total	1.317	5.800	4.793	846	170	12.895
Percentual	10,2 %	44,9 %	37,1 %	6,5 %	1,3 %	100 %

Fonte: IDS; CEBRAP (89 p. 139).

Diversos problemas são reportados com relação aos recursos humanos. Um deles é a falta de pessoal para atuação em regiões remotas, como as aldeias da região Amazônica, às vezes somente acessíveis por longas viagens em barcos. A barreira cultural imposta pela diversidade das línguas é outro ponto problemático, pois existem comunidades onde poucos indivíduos falam português, necessitando-se de intérprete para a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes.

Grandes dificuldades apareceram com a transferência da responsabilidade da saúde indígena da Funai para a Funasa. Presenciamos muitas vezes os profissionais trancarem as portas das salas quando os indígenas estavam na sede da instituição para audiências com a direção. Estas atitudes se reproduziam nos estados e também nas aldeias, pois os profissionais não recebiam treinamento adequado que facilitasse o contato Interétnico.

Também, devido ao esvaziamento da Funasa, com o processo de municipalização, a carência de profissionais sempre foi motivo de reclamação dos índios e das organizações indigenistas. Outro problema é a alta rotatividade dos profissionais que atuam nas aldeias, dificultando sobremaneira o processo de capacitação.

A forma encontrada para responder a estas deficiências foi a contratação de organizações não governamentais (Ong), prática frequente dos defensores do estado mínimo, que privilegia a terceirização das ações. Também convênios foram

firmados com municípios para contratação de pessoal, retirando a responsabilidade federal na prestação da atenção, contrariando o princípio de responsabilidade federal sobre o Subsistema.

A terceirização, iniciada para suprir o quadro de pessoal, acabou se estendendo também para a gestão, substituindo a Funasa na aquisição de bens e serviços. Desta maneira, “abriu-se uma brecha” na administração dos recursos financeiros que motivou inúmeras denúncias de corrupção, algumas das quais chegaram à imprensa e se transformaram em manchetes nacionais. A Universidade de Brasília (UnB), por meio de uma Fundação, foi envolvida neste processo.

Como o tema de interesse da dissertação diz respeito à atenção diferenciada na saúde indígena em relação ao SUS, destacamos na portaria da PNASPI a ênfase dada à necessidade de capacitação dos profissionais para as especificidades desta área, como descrito:

A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços(96, p. 15).

Na citação de Lorenzo, em artigo recente intitulado “Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena,”

A diversidade cultural representada pela grande quantidade de povos indígenas no Brasil oferece um contexto muito interessante para se refletir sobre a construção de uma bioética clínica capaz de atuar nas relações interétnicas promovidas por políticas públicas que visam garantir a oferta de bens e serviços de saúde ocidentais a comunidades tradicionais historicamente excluídas (99, p. 338).

C - A “medicina tradicional indígena”, como é chamada a prática utilizada pelos índios para lidarem com seus problemas de saúde, é outro dos aspectos que diferenciam o SSI. Os antropólogos sabem que os indígenas têm concepções bem diversas para lidar com os problemas de saúde daquelas utilizadas pela medicina ocidental. A separação entre corpo e espírito, por exemplo, presente na medicina moderna, é apenas um dos aspectos divergentes, no entanto, bastante decisivo no modo de se relacionar com os agravos.

Diz o texto sobre este tema na PNASPI:

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e é o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem(96, p. 17).

A proposta contida na PNASPI para articular as práticas ocidentais utilizadas pelo SUS com as práticas da medicina tradicional indígena é o aprofundamento do diálogo para a atuação em contexto intercultural, reconhecendo a diversidade social e cultural dos povos indígenas. A consideração e o respeito às práticas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção, promoção e educação em saúde.

Algumas iniciativas foram implementadas nesta área, dentre elas a de valorização das plantas medicinais, com estímulo ao cultivo em hortas, por exemplo. Também foi estimulado o resgate das técnicas tradicionais de parto, assim como o repasse deste conhecimento entre os membros da comunidade com objetivo de diminuir a mortalidade neonatal.

As práticas utilizadas pelos pajés têm sido alvo da atenção dos que trabalham na área, assim como a valorização dos membros das comunidades que as executam. Procura-se fortalecer as iniciativas conjuntas entre os profissionais de saúde e os detentores dos saberes da medicina tradicional. Como citado no texto “Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião”:

As medicinas tradicionais indígenas são sistemas médicos xamânicos imersos em contextos cosmológicos particulares. Sendo assim, não existem limites claramente definidos entre os diferentes subsistemas que formam um determinado universo sociocultural. O conjunto de saberes e práticas que promovem saúde previnem e curam doenças está associada à religião, à política, a economia, a arte etc. (100, p. 10).

Ressalta-se que o resgate de espaços para as práticas espirituais e religiosas, como as “casas de rezas” dos Guaranis, por exemplo, tem beneficiado as ações de combate ao suicídio e ao alcoolismo. Dentre os objetivos da política para as medicinas tradicionais, citados em documento do Vigisus II estão:

- [a] desenvolver estratégias para a articulação entre os sistemas médicos indígenas e o sistema oficial de saúde;
- [b] contribuir para a valorização, fortalecimento, manutenção e atualização dos saberes e práticas tradicionais de cuidado com a saúde;
- [c] produzir conhecimentos que subsidiem a construção de políticas públicas voltadas para as medicinas tradicionais indígenas;

[d] colaborar para a consolidação da atenção diferenciada à saúde indígena(101).

D - A Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde que envolvem comunidades indígenas, no texto da PNASPI é, seguramente, o menos detalhado. Limita-se a citar que devem ser obedecidos os parâmetros ditados pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 196/1996 e, em especial, a de nº 304/2000, sobre as populações indígenas. Reafirma o cumprimento do código de ética médica do Conselho Federal de Medicina (CFM) e, ainda, a necessidade de se promover eventos para o debate da prática médica em contexto de alta diversidade sociocultural e linguística.

A Resolução nº 196/1996, a criação da Conep e a Resolução nº 304/2000, todas deliberações do Conselho Nacional de Saúde, foram parte do movimento nos anos 1990, que está na origem da bioética brasileira. Como citado, depois de sua aprovação, as consequências para o SUS e para a saúde indígena, principalmente na área de pesquisas, não tardariam a aparecer.

Assim, a Resolução nº 304/2000 sobre as populações indígenas, trouxe conceitos que ilustram a abordagem sobre a saúde indígena naquele momento, como, por exemplo, as definições de “povos e comunidades indígenas”, destacadas abaixo:

- 1 - Povos Indígenas – povos com organizações e identidades próprias, em virtude da consciência de sua continuidade histórica como sociedades pré-colombianas.
- 2 - Índio – quem se considera pertencente a uma comunidade indígena e é por ela reconhecido como membro.
- 3 - Índios Isolados – indivíduos ou grupos que evitam ou não estão em contato com a sociedade envolvente(73).

Também, a Resolução nº 304, se refere aos aspectos éticos que devem ser observados, ao citar a necessidade de seguir critérios bioéticos,

III - Aspectos éticos da pesquisa envolvendo povos indígenas
As pesquisas envolvendo povos indígenas devem obedecer também aos referenciais da bioética, considerando-se as peculiaridades de cada povo e/ou comunidade(73).

E como nota-se não explicita quais seriam estes aspectos bioéticos. Contrastando, assim, com a resolução nº 196 que cita explicitamente os 4 (quatro) princípios da bioética Norte-Americana.

Destaca-se ainda, na resolução, a necessidade do consentimento das comunidades para a realização de pesquisas, incluindo a aprovação pelos conselhos locais e das organizações indígenas, sem prejuízo das concordâncias dos indivíduos. A resolução estabelece ainda que todas as pesquisas com populações indígenas devam ser aprovadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), após serem submetidas à Comissão de Ética em Pesquisa CEP).

Por fim, a resolução faz referência à temática da dissertação quando, de forma explícita, alerta para as pesquisas e os pesquisadores “respeitarem a visão de mundo, os costumes, atitudes estéticas, crenças religiosas, organização social, filosofias peculiares, diferenças linguísticas e estrutura política” (73).

As pesquisas com populações indígenas, parte da PNASPI, ganhou nova dimensão com o “I Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas em Saúde dos Povos Indígenas”, promovido pela Funasa, pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (Decit/MS), realizado em 2004, em Brasília (102).

Este Seminário foi um marco na área de pesquisas em saúde indígena, pois contou com mais de 160 participantes que representaram organizações indígenas, universidades, agências financiadoras e instituições setoriais envolvidas com ações de saúde.

Foi durante o Seminário que se construiu uma agenda única de temas prioritários para o desenvolvimento de pesquisas com populações indígenas. O evento também propiciou o debate de diferentes temas relevantes para as ações de atenção à saúde, incluindo os de interesse para a ética, destacando-se:

- a) Desafios na melhoria das condições de vida e saúde dos povos indígenas.
- b) A construção da agenda única de estudos e pesquisas em saúde dos povos indígenas.
- c) A cooperação técnica entre universidade, instituições de pesquisas e serviços de atenção à saúde indígena.
- d) A ética e as pesquisas em saúde indígena.
- e) A formação de redes de estudos e pesquisas e comitês de acompanhamento(102).

Dentre os participantes do Seminário, destacamos as presenças do professor Willian Saad Hossne, coordenador da Conep, da doutora Zilda Arns, coordenadora

da Cisi, e de Alexandre Padilha, então diretor do Desai e atual Ministro da Saúde. Na abertura do Seminário, promoveu-se uma justa homenagem ao Prof. Roberto G. Baruzzi, representante da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), pelos 40 anos dedicados ao ensino, pesquisa e assistência à saúde dos povos indígenas no Parque do Xingu.

A partir das discussões deste Seminário, foram lançados editais específicos para pesquisas em saúde indígena em iniciativa conjunta do MS com o CNPq e a OPAS, como o Edital MCT/CNPq/MS- nº038/2005, Edital MS/FUNASA/OPASem 6/08/2007 e por último Edital MCT/CNPq/MS nº 56/2009.

Desde o Seminário, quando colaboramos na sua organização, até o presente momento, operacionalizando a Rede Nacional de Estudos e Pesquisas em Saúde dos Povos Indígenas (Renisi), estamos envolvidos em atividades de pesquisa em saúde indígena. Daí a motivação para o mestrado em Bioética.

A Renisi foi outra das iniciativas discutidas no Seminário e lançada no III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Associação Brasileira de Pós-Graduação (Abrasco), realizado em Florianópolis, em julho de 2005. Esta rede, entre outros objetivos, desempenha a função de

Promover o intercâmbio entre os pesquisadores, profissionais que atuam na atenção à saúde das populações indígenas, povos indígenas e seus representantes, assim como articular áreas técnico-científicas das instituições governamentais e não governamentais, com o propósito de aperfeiçoar o conhecimento sobre o quadro sanitário e valorizar a diversidade cultural dos povos indígenas que habitam as diferentes regiões do país(103).

A Rede tem atualmente mais de 600 filiados entre pesquisadores, profissionais de saúde, usuários do SSI e outros interessados na temática do setor. A rede dispõe de um portal, na internet, localizado no *site* da Funasa, podendo ser acessado pelo *link*<<http://sis.funasa.gov.br/portal/>>.

Neste portal, são disponibilizadas informações da área indígena, dentre as quais destacam-se as demográficas, por idade, sexo, etnia, aldeias e distritos sanitários. Além dessas, há dados epidemiológicos, por meio de boletins consolidados, obtidos do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi).

Este sistema de informação, exclusivo do SSI, é de grande valia para a obtenção das informações necessárias ao aprimoramento da gestão. Embora com inúmeros problemas na obtenção de dados, o Siasi possibilita a análise do perfil

demográfico e epidemiológico das populações indígenas, sendo instrumento valioso para análise de saúde. Ainda assim, sofre com as pressões para se integrar aos sistemas de informação estabelecidos pelo SUS.

E - A política de controle social desenvolvida na saúde indígena avançou significativamente diante das demais áreas do SSI. Inspirado em seus princípios, na política de controle social do SUS, com seus conselhos municipais, estaduais e nacional, o controle social indígena tem como fóruns privilegiados os conselhos locais e distritais de saúde.

Os conselhos, instâncias do controle social do SSI, eram uma antiga reivindicação, presente desde a 1ª Conferência de Saúde Indígena em 1986, à época formulada com o seguinte formato:

Os participantes desta Conferência, reconhecendo a importância da elaboração de políticas para os indígenas com a sua participação, recomendam como princípio geral que esta participação deve ser extensiva a todos os momentos de decisão, tais como na formulação e no planejamento das ações e dos serviços de saúde, na sua implantação, execução e avaliação(10).

O controle social começou a ser efetivamente exercido com a criação da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), pelo Conselho Nacional de Saúde, em outubro de 1991. Esta comissão, como citado, tem função consultiva e de assessoria ao referido Conselho para assuntos de saúde indígena. Na sua constituição, já contava com a participação de representantes de diversas organizações indígenas, como o CIR de Roraima e a Coiab da Amazônia, por exemplo, e também de pesquisa e assistência, como a ABA, a Fiocruz, a Unifesp, a Universidade do Amazonas, a Funai e a Funasa, além do CIMI.

Assim, no interior da Cisi, em suas reuniões sistemáticas, com a participação dos diversos segmentos, foi gestada a atual política de atenção à saúde indígena. Destacamos nestas atividades a participação da doutora Zilda Arns, representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) no CNS e coordenadora da Cisi desde a Resolução nº 293, de 8 de julho de 1999, que promoveu a reestruturação da comissão, alterando a sua composição para:

[a] um (a) representante da Coordenação de Saúde do Índio – Cosai/Fundação Nacional de Saúde/MS;

[b] um (a) representante da Fundação Nacional do Índio – Funai/Ministério da Justiça;
 [c] um(a) representante das Instituições de Pesquisa, Ensino e Extensão;
 [d] quatro representantes indígenas;
 [e] um(a) representante do Conselho Indigenista Missionário – CIMI/Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB;
 [f] um (a) representante da Associação Brasileira de Antropologia – ABA(104, p. 20-21).

A Dra. Zilda coordenou a Cisi até 2006, encerrando sua gestão após a realização da IV CNSI. Seu legado na gestão da Comissão pode ser conferido em importante documento histórico intitulado “Memória da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI/CNS 2000-2006”.

A partir da Cisi, o controle social se difundiu e se constituiu como política do SSI. A Lei Arouca já propunha a participação dos índios nas instâncias colegiadas do SUS. No texto da PNASPI, essa formulação evoluiu para

A participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais. Essa participação dar-se-á especialmente por intermédio da constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; por Reuniões Macrorregionais; pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena(96, p. 20-21).

O controle social ainda passou por aperfeiçoamentos com a publicação da Portaria nº 69/GM, de janeiro de 2004, com a criação do “Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas” e também com a criação do “Fórum Permanente dos Presidentes de Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi)” (59).

Este modelo de organização, próprio da saúde indígena, sofreu com acusações de paralelismo e duplicidade em relação às instâncias dos conselhos municipais e estaduais de saúde do SUS.

Polo dinâmico da política setorial, com presença ativa das lideranças indígenas, contando com 2 representantes no CNS, o controle social do SSI é local de acalorados debates. Sua importância poderá ser atestada em tese de doutorado da colega Luciana Benevides, a ser defendida no programa de pós-graduação em Bioética (PPGBioética/UnB).

4.10 IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA

Realizada em Rio Quente, Goiás, em março de 2006, a IV Conferência Nacional de Saúde Indígena (IV CNSI) teve como lema “Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”. Os temas mais relevantes em discussão durante a conferência foram organizados em torno de cinco eixos:

- I. Direito à Saúde;
- II. Controle Social e Gestão Participativa;
- III. Desafios Indígenas Atuais;
- IV. Trabalhadores Indígenas e Não Indígenas em Saúde;
- V. Segurança Alimentar, Nutricional e Desenvolvimento Sustentável (22).

O salto de qualidade e organização da saúde indígena, desde a III CNSI, pode ser verificado por alguns dados muito expressivos desta IV CNSI. Nas etapas preparatórias, realizaram-se 206 conferências locais, onde participaram cerca de 12.000 pessoas, também foram realizadas conferências em todos os 34 distritos sanitários com a presença em torno de cinco mil participantes.

A etapa nacional contou com 1.228 pessoas entre usuários, trabalhadores indígenas e não indígenas, gestores, prestadores de serviço, membros de comissões de trabalho, convidados nacionais e internacionais. Tivemos a oportunidade de acompanhar os trabalhos desta Conferência como convidados, pois desempenhávamos a função de coordenador da Renisi. Ao todo, estiveram presentes 800 delegados, dos quais 52% representaram os indígenas; 27%, os trabalhadores e 21%, os gestores e prestadores de serviços (22, p. 14).

Desde sua convocação, realizada por meio da Portaria Ministerial nº 963, de junho de 2005, onde se definiu a temática central, a IV CNSI representa bem a conjuntura política daquele momento. Este ato convocatório, contendo, além do tema central, a responsabilidade da organização e dos custos financeiros da conferência, foi assinado pelo então Ministro da Saúde Humberto Costa(105).

Nesta ocasião, o Ministro da Saúde e o Presidente da Funasa, ValdiCamércio, ambos membros do Partido dos Trabalhadores, ocupavam os respectivos cargos desde a chegada do PT ao governo. Na direção do

Departamento de Saúde Indígena (Desai), encontrava-se como diretor Alexandre Padilha, atual Ministro da Saúde, também membro do PT.

No momento da realização da conferência, em março de 2006, o Ministério da Saúde, a Funasa e o Desai estavam sob o comando de dirigentes indicados pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) em um rearranjo de forças no interior do Governo Lula. Com a mudança no perfil dos dirigentes das instituições envolvidas na preparação e realização da IV CNSI, ocorreu significativa inflexão no andamento dos trabalhos, assim como no conteúdo das temáticas durante os debates.

No entanto, a presença maciça dos índios e suas organizações, dos trabalhadores do setor e ONG prestadoras de serviços permitiu que aspectos significativos da política de saúde indígena fossem abordados. Os resultados desta última conferência estão contidos em um substancial relatório de 228 páginas, publicado em 2007. Este relatório consolida as mais de 5.400 propostas que chegaram das conferências locais e distritais permitindo que ao final dos trabalhos dos grupos e da plenária final fossem aprovadas 536 propostas pela Conferência (22).

Considerando que a análise das propostas aprovadas demandaria um trabalho específico, não sendo o objetivo desta dissertação, optamos por tabelar os temas, os subtemas e as respectivas quantidades de propostas aprovadas em cada um deles. Desta maneira, será possível ter ideia do escopo dos principais assuntos abordados. A seguir o quadro contendo os respectivos dados.

Quadro 1 – Número de propostas aprovadas por eixo temático e subtemas na IV CNSI - 2006

Eixo temático	Subtemas	Propostas
1 Direito à Saúde	a) Avaliação do subsistema de saúde indígena	26
	b) Organização da atenção à saúde	79
	c) Intersetorialidade como estratégia na implementação das ações de saúde	27
	d) Desafios epidemiológicos e atenção às regiões de fronteira	15
2 Controle Social e Gestão Participativa	a) Avaliação da atuação dos conselhos de saúde indígena	54
	b) Participação indígena nas esferas municipal, estadual e federal	35
	c) Capacitação continuada de conselheiros	21
	d) Modelos de gestão participativa	26
3 Desafio Indígenas Atuais	a) Atenção à saúde dos indígenas que vivem fora das terras indígenas e dos povos em demanda de reconhecimento	11
	b) Ampliação da participação da mulher indígena no controle social e na atenção à saúde	9
	c) Respeito às práticas tradicionais de cura e de autocura	16
	d) Estudos e pesquisas aplicados às demandas dos povos indígenas	3
4 Trabalhadores Indígenas e não Indígenas em Saúde	a) Avaliação do processo de formação de agente indígena de saneamento	13
	b) Avaliação da atuação das equipes multidisciplinares de saúde indígena	10
	c) Articulação da Funasa com outras instâncias da educação profissional para formação de trabalhadores em saúde indígena	14
	d) Estruturação da política de desenvolvimento do trabalho em saúde para os povos indígenas	34
5 Segurança Alimentar, Nutricional e Desenvolvimento Sustentável	a) Avaliação da demarcação, homologação, desinvasão e proteção dos territórios indígenas condição indispensável à melhoria da saúde e da vida dos povos indígenas	15
	b) Estruturação da política e ações estruturantes para a produção de alimentos e respeito à diversidade cultural dos povos indígenas	21
	c) Valorização da biodiversidade e dos conhecimentos tradicionais dos povos indígenas	22
	d) Formulação e implantação da política de vigilância nutricional para os povos indígenas – pesquisas e diagnósticos para os povos indígenas	6

Fonte: Relatório Final da IV CNSI, com adaptações.

Pela sequência da apresentação dos eixos e subtemas desenvolvidos durante a conferência e pelo número das propostas aprovadas em cada um deles, é possível aferir a importância atribuída aos eixos “Direito à Saúde” e “Controle Social e Gestão Participativa” no contexto geral da Conferência.

Nas discussões destes eixos, notadamente o de “Direito à Saúde” no subtema “Avaliação do Subsistema de Saúde Indígena”, desenrolaram os maiores embates da IV CNSI. Iremos nos ater mais demoradamente a estas discussões para contextualizar o debate, pelas implicações com as questões éticas e bioéticas apontadas na dissertação.

Assim, em nota datada de 7 de abril de 2006, imediatamente após a realização da IV CNSI, assinada pela Associação Nacional de Ação Indigenista (ANAI), pelo Conselho Indigenista Missionário (CIMI), pelo Mestrado em Saúde e Ambiente/Universidade Federal do Maranhão (MSA/UFMA) e disponibilizado na página do Fórum Nacional de Direitos Humanos, afirmava-se que,

A votação mais conturbada da Plenária Final certamente foi a da questão da gestão da Política Nacional de Saúde Indígena, já na manhã de 31/3, não apenas pela importância estratégica do assunto, mas, novamente, pela falta de clareza na condução da mesa: vários dos delegados indígenas que votaram na proposta vitoriosa (a de que se mantivesse a Funasa como gestora) protestariam publicamente, na madrugada de 1/4, contra a confusa coordenação daquela mesa de votação, que os teria induzido a votar contra a proposta que na realidade defendiam(106).

O tema sobre qual instituição deveria gerir a saúde indígena, tornou-se capital para nossa dissertação, não só pela relevância que adquiriu durante a conferência, mas sobretudo pela dimensão que viria a ter para a organização da assistência no período subsequente. Assim, o entendimento sobre as propostas aprovadas e o desenrolar dos posicionamentos adotados pelos indígenas, suas organizações e, principalmente, pelos gestores na condução do SSI são relevantes para os argumentos desenvolvidos neste trabalho.

Procura-se a seguir relatar o teor das propostas, como também alguns dos argumentos que justificaram as posições adotadas pelas diversas partes envolvidas na polêmica. Com isso, espera-se direcionar a discussão para a temática mais relevante do trabalho: *a atenção diferenciada aos povos indígenas*.

No tópico sobre “Avaliação do Subsistema...”, foram aprovadas e constam do relatório final 26 proposições, das quais separamos as quatro a seguir, pois como

citado foram em torno delas que se travaram os debates mais acalorados da IV CNSI, além de serem centrais para o desenvolvimento da política.

[a] A Funasa manterá o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, assumindo a execução direta das ações e *não terceirizando serviços e profissionais*.

[b] *A Funasa permanecerá como órgão gestor da saúde indígena, sem municipalizar ou estadualizar, transformando os distritos sanitários especiais indígenas em unidades gestoras, com autonomia política, financeira e técnico-administrativa, criando um grupo de trabalho paritário pelo Ministério da Saúde para rediscutir e implementar a estrutura organizacional de assistência à saúde indígena, acelerando sua desburocratização, garantindo a participação indígena, pelo controle social.*

[c] O Ministério da Saúde rediscutirá, com as bases, a estrutura organizacional da Funasa, voltada para a assistência à saúde indígena, desde o Departamento de Saúde Indígena até os Postos de Saúde, e criará a Divisão de Saneamento Indígena, na Funasa, com infraestrutura e autonomia.

[d] A Funasa transformará os distritos sanitários especiais indígenas em, extensiva aos polos-base, garantindo, em sua estrutura organizacional, a participação de representantes indicados pelos povos indígenas, submetidos ao controle social(grifo nosso) (22, p. 73-74).

Desta forma, pela formulação e conteúdo das propostas aprovadas é possível perceber que a discussão sobre qual instituição seria gestora do Subsistema de Saúde Indígena foi a mais polarizada da conferência. Sobre este tema, a plenária final se dividiu entre a gestão continuar na Funasa ou ser transferida para o Ministério da Saúde. Gravitaram em torno destas posições, com diferentes argumentos, quase a totalidade dos delegados presentes.

Em texto publicado recentemente por Paulo Daniel Moraes (2011), assessor do CIMI de Roraima, é possível resgatar, como foram acirradas as disputas naquela Conferência. Diz ele:

De qualquer forma, a proposta de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que polarizou as discussões durante toda a conferência e foi derrotada pelo “olho mecânico” na votação em plenário [...] (107).

Dentre os defensores da proposta para o Subsistema ficar sob a responsabilidade do Ministério da Saúde estavam principalmente as organizações dos índios da Amazônia, como a Coiab, e as ONG envolvidas com a prestação de assistência a estas populações. Os defensores desta posição ameaçaram não

reconhecer o resultado das votações nem a própria conferência. Como inferimos ao analisar, parte do texto, da nota pública já citada e que diz,

À tarde de 31/3 a delegação do DSEI-Xingu, em protesto, anunciava sua retirada da Plenária Final, que começou, a partir de então, a dispersar-se. Diante da insatisfação geral com o andamento dos trabalhos, à noite de 31/3 começava a circular a proposta de impugnação da IV Conferência. Por volta das 3h da madrugada de 1/4, ainda com a Plenária Final em andamento, grande parte dos delegados indígenas retiraram-se e, em reunião realizada em paralelo, em local próximo, convocaram o coordenador da mesa (Clóvis, do Conselho Nacional de Saúde) e o repreenderam duramente, assim como a toda a Comissão Organizadora, pela manipulação dos trabalhos, redigindo documento, subscrito por 27 dos 34 Presidentes de Conselhos Distritais presentes, além da COIAB e outras organizações indígenas, denunciando o processo e solicitando a impugnação da IV(106).

No campo oposto, na defesa da permanência do Subsistema sob a responsabilidade da Funasa, estavam, em sua maioria, os delegados indígenas do Nordeste associadas a maioria dos servidores pertencentes à Funasa. Os delegados da região Centro-Oeste estavam divididos: os do Norte da região defendiam a posição de transferência para o Ministério, enquanto os mais ao Sul, em geral, eram favoráveis à permanência na Funasa.

Tal divisão, estimulada no período que antecedeu a conferência, foi acirrada devido às medidas patrocinadas pela Funasa, como a Portaria nº 70/2004, por exemplo. Esta medida, entre outras determinações, repassou atividades executadas pelas ONG, como pagamento de horas de voos, compra de medicamentos e outros insumos para a execução direta da Funasa (60).

Estas ações foram interpretadas por muitas lideranças e organizações como restritivas à autonomia na administração dos DSEI. Sob esta ótica, portanto, defender a transferência da saúde indígena para a responsabilidade do Ministério poderia assegurar maior autonomia aos DSEI na execução orçamentaria e das ações.

Outro argumento utilizado de forma não tão explícita, mas sempre constante nos debates das políticas de saúde, foi o do paralelismo representado pelo Subsistema de Saúde Indígena em relação ao SUS. Tal argumento sempre esteve associado às correntes de pensamento do SUS que privilegiam a unicidade contra a diversidade, enfatizando o termo “único” contido na sigla.

Esta linha de ataque à permanência do SSI na Funasa ganhou relevância quando associada ao preconceito contra a instituição. Este preconceito deve-se a

herança das atividades da antiga Sucam e Fsesp, associadas ao campanhismo e às práticas supostamente ultrapassadas de organização de serviços (56, p. 325).

O controle de endemias, a atenção à saúde e o saneamento da Funasa sempre foram criticados pelos que defendiam a municipalização, modelo de gestão da administração Serra no Ministério da Saúde, pois supostamente não eram integrados ao SUS.

A defesa do SSI na Funasa estava associada aos que mantinham com a instituição uma relação amigável, por terem experiências com ações institucionais, como na região Nordeste, nas áreas de saneamento e de combate a endemias. Também é conhecida, principalmente das populações rurais, a capilaridade dos agentes de saúde, às vezes os únicos agentes do estado que chegavam às terras indígenas, inclusive na Amazônia, nas aldeias mais distantes.

Também um dos argumentos para a permanência da saúde indígena na Funasa era a recente transferência do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), patrocinada por relações pessoais do então Diretor com o Ministro. Parte do processo de esvaziamento da Funasa, a saída do Cenepi para o MS, transformado em Secretaria de Vigilância a Saúde (SVS), levou à quase paralisia das ações. Temia-se que o mesmo ocorresse à saúde indígena que, com dificuldades, tinha sido absorvida pela Funasa quando transferidas da Funai.

Outro argumento e dos principais motivadores para a realização deste trabalho é a nossa percepção, que aqui se procura justificar, sobre a transferência das ações da Funasa para o Ministério da Saúde, que embora pareçam uma mera medida administrativa, terá grande impacto na atenção diferenciada e pode mesmo levar à sua extinção.

Esta preocupação se intensifica quando se constata que a partir da “Lei Arouca,” com a operacionalização do SSI implementada pela Funasa, houve inegável melhoria na saúde das populações indígenas. O incremento populacional, revertendo tendência que levou muitos povos ao desaparecimento, é a demonstração concreta dos efeitos positivos da atenção diferenciada. Assim, com dados substantivos a apresentar, o SSI ocasionou, e ainda ocasiona, grande desconforto nos defensores do sistema “único”.

Centrado em modelo diferenciado daquele estabelecido pelo SUS, baseado na municipalização dos serviços, o SSI passou a ser uma espécie de “mau exemplo” para os operadores do SUS. Dentre estes “desvios”, encontra-se a organização dos

serviços em Distritos Sanitários. Outro “mau exemplo” foi o estabelecimento de um sistema próprio de controle social independente das instâncias municipais e estaduais, invariavelmente chamado de “paralelo”.

Por último, talvez o “maior de todos os males”, a reivindicação dos povos indígenas para que o SSI fosse de responsabilidade do Governo Federal, antepondo-se assim ao princípio da descentralização, argumento chave no processo de municipalização, confundido com a democratização do Sistema. Este argumento, articulado pela burocracia do SUS, constituída nesse longo processo de 20 anos de construção do sistema, sempre foi utilizado por dirigentes estaduais e municipais do setor.

A importância em destacar esta discussão tem por objetivo demonstrar que os debates travados na IV CNSI poderiam parecer apenas disputas no modo de gerir a saúde indígena. Porém, em nosso entendimento, trata-se de processo político de raízes profundas, iniciado na época da colonização, que se arrasta até nossos dias e tem como mola propulsora a integração dos índios, ou seja, a absorção da minoria pela maioria, anulando suas singularidades.

Na citação de Bernardes,

As populações indígenas, desde os primeiros encontros com os europeus, foram objetivadas como estranhas e estrangeiras [...] Essas conformações existenciais tomadas como estranhas/estrangeiras não eram, entretanto, fruto de uma relação com o outro, e sim com o mesmo, na medida em que a racionalidade que organizava as ações europeias se baseava na lógica da conquista do outro, outro que deve tornar-se o mesmo, uma ontologia do mesmo (108, p. 160).

E continua a autora,

A saúde entraria como um mecanismo de tornar o outro um mesmo, na medida em que esquadrinha, seleciona, categoriza, aniquila potências de diferenciação do outro, da alteridade[...] Ao tornar-se uma questão social, uma evidência para as políticas públicas, a saúde indígena passa a figurar como estratégia de captura do outro/alteridade e transformação no mesmo. A condição ontológica da diferença, do outro, que seria a condição mesma da alteridade, é suspensa e transformada em um mesmo [...] (108, p. 162).

Mais adiante veremos como, devido às conseqüências dos acontecimentos pós IV CNSI, se faz necessário o instrumental bioético, principalmente aqueles propiciados pelo pluralismo, para sustentar a posição contrária à incorporação, ainda que negada, do Subsistema de Saúde Indígena pelo/no SUS, evitando assim a anulação do outro, do diferente.

Esta defesa do pluralismo encontra na ética de Levinas e na hospitalidade de Derrida argumentos consistentes para reforçar o respeito aos diferentes que buscamos (109). Pois concordamos com Kottow, ao citar Cortina, quando afirma a não existência de “postulados absolutos, sendo a missão de uma bioética racional e secular a adoção de modos argumentativos, abertos à pluralidade, à tolerância e ao intercâmbio comunicativo” e completa sua argumentação se contrapondo a “rigidez de máximas e princípios de validade pretensamente geral” que dificultam o “reconhecimento do outro diferente” (110, p. 39).

A IV CNSI, além da importância do debate exposto acima, pouco acrescentou de novidades sobre os temas abordados. Apesar da repercussão política, pela presença numerosa de participantes, não avançou nas questões conceituais da saúde indígena. No entanto, foram reforçadas, em muitas das propostas aprovadas, as reivindicações por uma atenção diferenciada, como segue:

[a] A Funasa assegurará equipe multidisciplinar completa (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, odontólogo, atendente de consultório dentário, agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento) em 100% das aldeias [...] . Garantirá apoio logístico para maior permanência da equipe multidisciplinar nas aldeias, incluindo os finais de semana, *com atendimento diferenciado aos índios*, fornecendo aos profissionais, informações sobre a cultura indígena.

[b] A Funasa [...] Garantirá *alimentação tradicional* aos indígenas em dieta livre e acompanhantes, *respeitando a diferença* de cultura e de hábitos alimentares.

[c] A Funasa construirá os polos-base dentro ou fora das terras indígenas, respeitando as decisões dos conselhos locais e distritais, *respeitando as especificidades de cada povo*.

[d] A Funasa garantirá a assistência à população aldeada realizando gestão junto aos municípios e estados para *assistência diferenciada aos povos indígenas* que vivem nas sedes destes municípios, com a ampliação do número de equipes multidisciplinares de saúde indígena(22, p. 76).

Com o término da IV CNSI, a política de atenção à saúde indígena entrou em um período de turbulência. Esta instabilidade na atenção aos indígenas foi realçada pelas modificações políticas ocorridas nos cargos de direção da Funasa. Estas modificações deveram-se às denúncias de inépcia e corrupção na instituição. Assim, a saúde indígena sofreu diversos percalços e mudanças de rumo.

Este período será tratado mais adiante, pois é de grande importância para aprofundar o entendimento sobre a saúde indígena e a proposta bioética que trazemos para superar os impasses surgidos na implementação da política de atenção à saúde dos índios. Mesmo porque já se aproxima a preparação da V CNSI,

por se realizar, para a qual temos a esperança de trazer à mesa o debate bioético para além do tema das pesquisas com seres humanos.

Esperamos, com este trabalho, contribuir para esta discussão chamando os envolvidos com a saúde indígena, instituições, trabalhadores do setor, prestadores de serviços, ONG, populações e lideranças para avançar no debate por uma política de saúde indígena formulada em bases bioéticas.

Como cita Olivé (2006) sobre o *status* das normas éticas e bioéticas:

São normas que não supõem uma fundamentação em princípios absolutos *a priori*, nem se supõe tampouco que sejam aceitáveis com base em razões universais, mas aspiram a aceitabilidade por parte de diferentes grupos sociais [...]. Trata-se então de normas que são levadas à “mesa de negociação”, com pretensões de aceitabilidade racional, mas sem supor que isso signifique que exista um único conjunto de razões universais para se aceitar ou rejeitar a pretensa norma[...] (111, p. 125).

Analisar, portanto, com o intuito de ampliar a discussão para diversos segmentos envolvidos com o setor, as consequências da política de atenção diferenciada é fundamental, uma vez que esta, depois de 10 anos de implantação, apresentou resultados bastante consistentes como podemos aferir a seguir.

4.11 10 ANOS DE APROVAÇÃO DA LEI AROUCA

A comemoração, em 2009, dos 10 anos da aprovação da Lei Arouca, Lei nº 9.836/1999, foi marcada por uma espécie de balanço das ações desenvolvidas em saúde indígena neste intervalo de tempo. Parte das comemorações foi o lançamento do documento intitulado “Lei Arouca 10 anos de saúde indígena”. Esta publicação resume os principais momentos da política institucional da Funasa, desde quando assumiu a prestação dos serviços de saúde aos índios.

Embora com um formato que privilegia a divulgação das ações governamentais, o documento apresenta diversos dados e indicadores, assim como posicionamentos das autoridades sanitárias sobre a saúde indígena. Será utilizado, portanto, como referência neste capítulo, a começar por frase do próprio Arouca citada pelo então presidente da Funasa, Danilo Fortes:

Temos que retomar o conceito da Reforma Sanitária, para retomar políticas dentro do sistema sem burocratizá-lo. Retomar os princípios básicos da Reforma Sanitária, que não se resumiam à criação do SUS. O conceito saúde/doença está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura. Por isso, temos que discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função [permanente] de Estado (98, p. 7).

O então Ministro da Saúde, José Temporão, referiu-se no início do documento ao Texto Constitucional sobre a responsabilidade da União nas políticas voltadas aos índios:

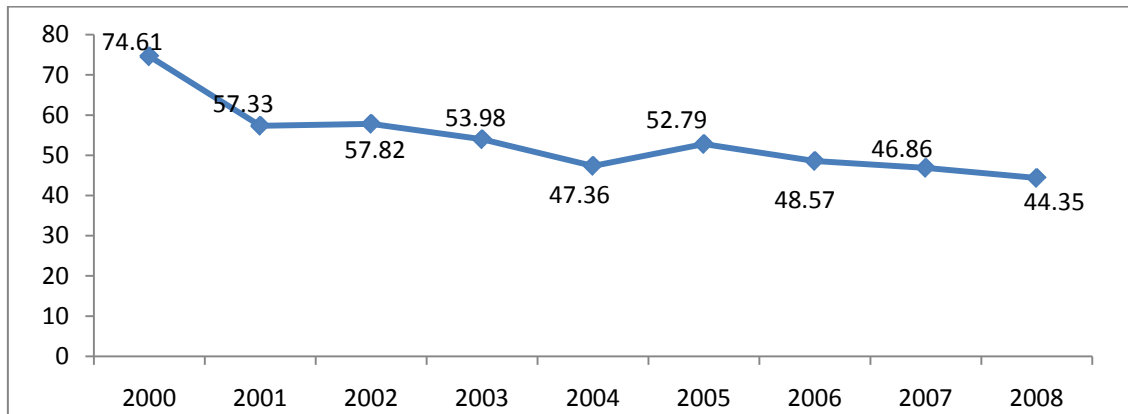
A saúde indígena, por sua vez, em suas especificidades históricas, exige de nós, gestores, o aperfeiçoamento constante do atendimento a essa população [...] Em reconhecimento a essa especificidade, a mesma Constituição de 1988 que define a saúde como direito de todos e dever do Estado, fundamentando a base para o nosso Sistema Único de Saúde, delega à União a competência privativa para tratar a questão indígena. Nesse sentido, avançamos com a publicação da chamada Lei Arouca, que estabelece a criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas(98, p. 8).

Em 2009, na ocasião da comemoração da Lei, a população indígena girava em torno de 550 mil índios vivendo em mais de 4,2 mil aldeias, distribuídas por 24 estados e 432 municípios. A população, que em 2000 era de 306.849 indígenas, apresentou, portanto, crescimento expressivo de 78,3% entre 2000 e 2008, estes dados sofrem severas críticas pelas dificuldades de confirmação, principalmente os de 2000.

Dentre os diferentes fatores que podem explicar os números do crescimento da população indígena estão, por exemplo, a reversão histórica do quadro demográfico depois de um longo período de perda populacional ou, ainda, a melhoria das políticas sociais com a distribuição de diversos benefícios às populações carentes.

Todavia o que não pode ser negado é a queda acentuada da mortalidade infantil, clássico indicador epidemiológico da melhoria da atenção à saúde e das condições de vida. Os números são expressivos, passando de 74,61 mortos por mil nascidos vivos em 2000 para 44,35 em 2008, queda de 40,55% em oito anos. A curva desta queda no indicador é apresentada no gráfico 2 (98, p. 77).

Gráfico 2 – Coeficiente de mortalidade infantil da população indígena no Brasil, 2000 a 2008



Fonte: Lei Arouca 10 anos de saúde indígena

Outro parâmetro importante a ser mencionado é o financiamento para a saúde indígena, insumo vital para os programas de saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento. Como dizem Garrafa, Meneghel e Selli “no Brasil, com a manutenção multissecular da desigualdade social, a reflexão bioética [terá que] prioriza[r] cada vez mais a alocação dos recursos em saúde”(112).

Ponto crítico, como realçado em conferência no IX Congresso Brasileiro de Bioética, a alocação de recursos financeiros é um setor de poucos êxitos para a bioética. No entanto, teve avanço notável na saúde indígena.

Assim, com o aumento significativo dos recursos aplicados, tem-se a possibilidade de avaliar o grau de prioridade política conferida à atenção diferenciada pela administração setorial, como se verifica na tabela 2 (98, p. 38).

Tabela 2 Recursos aplicados na saúde indígena entre 2000 e 2008, em milhões de reais

	2000	2008	% de acréscimo
Ministério da Saúde	29,6	72,8	145%
Funasa	66,2	378,9	472%
Total	95.8	451.7	371.5%

Fonte: Lei Arouca 10 anos de saúde indígena (com adaptações).

Como se pode aferir com a apresentação destes números, após 10 anos da Lei, os indicadores evoluíram positivamente. Estes dados consolidados referem-se

ao período de 2000 a 2008. Mesmo para um intervalo de tempo relativamente curto para uma avaliação de tendências epidemiológicas, pode-se constatar mudança quantitativa e qualitativa na atenção às populações indígenas.

São com resultados como estes, com todos os problemas já mencionados, que o Subsistema e a atenção diferenciada que leva aos povos indígenas, merece e deve ser defendido e aprofundado como alternativa de organização dos serviços.

Assim, em nossa opinião, a bioética pode proporcionar subsídios e argumentos, fornecidos pelo seu instrumental, e fazer valer, como prescrito na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da Unesco, o “respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo” (18).

O texto da Declaração, aprovado nos organismos internacionais e que se transformou em referência para a bioética deverá servir de norte para a compreensão dos argumentos utilizados no presente e em futuros debates e mesas de negociação sobre saúde indígena.

Desta maneira, buscaremos, a seguir, nas Declarações sobre Bioética da Unesco (18) e, ainda, na de Direitos dos Povos Indígenas da ONU (19), os pontos que fazem referência à pluralidade e à defesa das especificidades culturais como argumentos que possam sustentar a melhoria das condições de vida e reconhecimento de direitos dos índios.

4.12 DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (18) e, também, a sobre Direitos dos Povos Indígenas (19), que abordaremos neste tópico de forma complementar ao texto da Unesco, são frutos do esforço da Organização das Nações Unidas (ONU), instituição onde têm assento praticamente todas as nações do mundo, em produzir documentos que orientem as ações dos países membros.

Estes documentos foram aprovados recentemente, a Declaração de Bioética, em outubro de 2005 e a de Direitos dos Povos Indígenas, em setembro de 2007, por serem declarações não tem força coercitiva, mas estabelecem diretrizes para os estados em seus respectivos campos.

O avanço das Nações Unidas em temas como estes, em nossa opinião, é reflexo das modificações ocorridas nos anos pós “queda do muro de Berlim” e consequente fim da chamada “Guerra Fria”. Também, os atentados de “11 de setembro” em Nova York e as guerras que se seguiram levaram ao rearranjo de forças no cenário internacional, trazendo ao debate assuntos até então secundários.

O multilateralismo, com o surgimento de novos polos de poder político e econômico, em diversas regiões, mudou a agenda internacional dos países e das populações. Como cita Habermas (2003),

O conflito das culturas é travado hoje, de qualquer modo, no contexto de uma sociedade global, na qual, à base de normas de convivência, bem ou mal, os atores coletivos precisam entrar em entendimento, independentemente das suas diferentes tradições culturais. É que, na situação atual do mundo, o isolamento autárquico contra influências externas já não constitui opção possível. No mais, o pluralismo cosmopolita desabrocha também no interior das sociedades ainda fortemente marcadas pelas tradições. Até mesmo em sociedades que comparativamente são culturalmente homogêneas, torna-se cada vez mais inevitável uma transformação reflexiva de tradições dogmáticas predominantes que se apresentam com pretensões de exclusividade (113, p. 81-82).

Portanto, é dentro deste contexto histórico e nova realidade global que aparecem, isto é, são elaborados estes documentos; primeiro o de Bioética, em 2005, por onde iniciamos a abordagem dos conteúdos das referidas Declarações.

Cabe ressaltar, no entanto, que embora as alterações geopolíticas influenciaram a produção desta declarações, preocupações com a saúde e sua vinculação com os Direitos Humanos já estavam presentes na histórica Conferência de Alma-Ata, de 1978. Naquela época já se afirmava que a “consecução do mais alto nível possível de saúde [seria] a mais importante meta social mundial, sob a responsabilidade dos governos” (114).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) está inserida em um contexto que permeia o setor saúde em suas diferentes vertentes a longo tempo ou, pelo menos, desde Alma-Ata, como citado. Este contexto associa a saúde com as condições sociais, isto é, incluem como fator determinante do processo saúde/doença, os determinantes sociais, dentre eles destacadamente o econômico.

Esta associação para além dos determinantes biológicos, não escapou aos formuladores da Declaração de Bioética da Unesco, estando presente na versão final, aprovada, depois de longa trajetória de debates. Na América Latina este

processo iniciou em 2004, com a chamada “Carta de Buenos Aires sobre Bioética y Derechos Humanos”, elaborada por especialistas em bioética da região que, inclusive, já traz preocupações de ordem social.

A demanda pela formulação da Declaração, surge no interior da própria Unesco, que tem uma área intitulada Programa de Ética da Ciência e Tecnologia, por meio deste programa são realizadas discussões sobre aspectos éticos, legais e sociais oriundos das ciências da vida. Também, conta o programa em sua estrutura com o Comitê Internacional de Bioética e o Comitê Intergovernamental de Bioética. Foram nestes fóruns que se construiu a Declaração de Bioética, após intensas polemicas.

Afirma Garrafa participante da delegação brasileira nas reuniões para a elaboração da Declaração de Bioética:

Estas reuniões contaram com a participação de mais de 90 países e se caracterizaram, desde o início, por um grande divisor de posições entre os países ricos e pobres. As nações desenvolvidas defendiam um documento que restringisse a bioética aos tópicos biomédicos e biotecnológicos. O Brasil teve papel decisivo na ampliação do texto para os campos sanitário, social e ambiental(18).

Na mesma direção deste comentário e também traduzindo o espírito de embate presente nos trabalhos dos comitês da Unesco, Cruz, Oliveira e Portillo em artigo intitulado “A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos – contribuições ao Estado brasileiro”, de 2008, citam,

Essa polarização no tocante à interface bioética e questões sociais chama a atenção [...] o grupo de trabalho com a atribuição de redigir o texto considerava como definição da bioética *o campo de estudo sistemático, plural e interdisciplinar que se dedica a questões morais teóricas e práticas levantadas pela medicina e pelas ciências da vida com implicações para os seres humanos e para o relacionamento da humanidade com a biosfera*(115, p. 100).

Considerada por demais restritiva e submetida à crítica dos participantes das discussões, a definição de bioética seria ampliada incorporando para além das ciências da vida as afeitas às ciências sociais, transformando a nova definição da bioética para,

Estudo sistemático, plural e interdisciplinar e resolução de questões éticas levantadas pela medicina e pelas ciências da vida e ciências sociais com implicações para os seres humanos e para o relacionamento destes com a

biosfera, incluindo questões concernentes à disponibilidade e acesso aos desenvolvimentos científicos e tecnológicos e suas aplicações(115, p.101).

Ainda Garrafa, ao fazer a apresentação do texto, em tradução patrocinada pela Cátedra UNESCO de Bioética/Unb, realçaria a antecipação conceitual da bioética brasileira em relação ao texto que seria finalmente aprovado depois das polêmicas:

Pelo conteúdo da Declaração se pode perceber com clareza o acerto da bioética brasileira, por meio das ações desenvolvidas nos últimos anos pela SBB, quando a entidade decidiu aproximar decisivamente suas ações ao campo da saúde pública e a agenda social(18).

Estes comentários confirmam a aproximação da Declaração com os desenvolvidos no presente trabalho, primeiro a relação da bioética com a saúde pública, segundo com as questões sociais e, como somatório destas duas, a saúde das populações indígenas, expressão visível da conjunção da saúde pública com as questões sociais.

Dentro deste espírito e seguindo a metodologia utilizada até aqui, serão destacados do conteúdo das Declarações os temas afeitos à defesa dos nossos argumentos no presente trabalho.

Assim, logo no seu início, em formato peculiar ao texto, a Declaração de Bioética faz referência aos indígenas quando cita: “Tendo presentes [...] a Convenção de OIT (n.º 169) referente a Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes, de 27 de junho de 1989 [...]” (18)E continua, na sua parte introdutória, na qual destacamos:

Reconhecendo que a saúde não depende unicamente dos desenvolvimentos decorrentes das pesquisas científicas e tecnológicas, mas também de fatores *psicossociais e culturais*.

Tendo presente que a *diversidade cultural*, como fonte de intercâmbio, inovação e criatividade, é necessária aos seres humanos e, nesse sentido, constitui patrimônio comum da humanidade, enfatizando, contudo, que esta não pode ser invocada à custa dos direitos humanos e das liberdades fundamentais,

Tendo igualmente presente que a identidade de um indivíduo inclui dimensões biológicas, psicológicas, *sociais, culturais e espirituais*,

Reconhecendo que condutas científicas e tecnológicas antiéticas já produziram impacto específico em *comunidades indígenas* e locais,

Dando ênfase à necessidade de reforçar a cooperação internacional no campo da bioética, levando particularmente em consideração as necessidades específicas dos países em desenvolvimento, *das comunidades indígenas* e das populações vulneráveis(grifo nosso) (18).

Portanto, ao mencionar a Resolução nº169 da Organização Internacional do Trabalho, referir-se à diversidade cultural e reconhecer as condutas antiéticas contra as populações indígenas, a Declaração cujo tema é bioética dá tratamento diferenciado às questões indígenas.

Também, quando trata da cooperação internacional, o texto considera as especificidades das comunidades indígenas indo ao encontro dos argumentos tematizados nesta dissertação. Volta ainda, em seu artigo 2º, a tratar com destaque os assuntos atinentes à dissertação quando diz, no item V, que, dentre os objetivos da Declaração, está: “(V)promover o diálogo multidisciplinar e pluralístico sobre questões bioéticas entre todos os interessados e na sociedade como um todo” (18).

Ao estabelecer em seguida, o texto, os Princípios da Declaração, no artigo 6º, enfatiza aspecto relevante para os indígenas, que, no Brasil, desde a Resolução nº 304/2000, estava contemplado. Trata-se do “Consentimento”, tema prioritário nas áreas de intervenções médicas e pesquisas, que, em seu item C, propõe:

Em casos específicos de pesquisas desenvolvidas em um grupo de indivíduos ou comunidade, um consentimento adicional dos representantes legais do grupo ou comunidade envolvida pode ser buscado. Em nenhum caso, o consentimento coletivo da comunidade ou o consentimento de um líder da comunidade ou outra autoridade deve substituir o consentimento informado individual(18).

No entanto, é em seu artigo 12, ainda na parte dos Princípios da Declaração, que encontramos a fundamentação para o desenvolvimento desta dissertação, no tópico cujo título é *Respeito pela Diversidade Cultural e pelo Pluralismo*, onde se lê que:

A importância da diversidade cultural e do pluralismo deve receber a devida consideração. Todavia, tais considerações não devem ser invocadas para a dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais nem os princípios dispostos nesta Declaração, ou para limitar seu escopo(18).

Para finalizar esta breve apresentação dos artigos contidos na Declaração, não se pode deixar de mencionar que, quando trata da “Aplicação dos Princípios”, em seu artigo 18, sobre a “Tomada de Decisão e o Tratamento de Questões Bioéticas”, faz referência direta ao argumentos que buscamos para este trabalho, qual seja,

[a] Devem ser promovidos o profissionalismo, a honestidade, a integridade e a transparência na tomada de decisões, *em particular na explicitação de todos os conflitos* de interesse e no devido compartilhamento do conhecimento. Todo esforço deve ser feito para a utilização do melhor conhecimento científico e metodologia disponíveis no tratamento e constante revisão das questões bioéticas.

[b] *Os indivíduos e profissionais envolvidos e a sociedade como um todo* devem estar incluídos regularmente num *processo comum de diálogo*.

[c] Deve-se promover oportunidades para o *debate público pluralista*, buscando-se a manifestação de todas as opiniões relevantes (grifo nosso) (18).

O segundo tema deste tópico, a *Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas*(19), receberá tratamento semelhante ao da Declaração de Bioética, ou seja, destacaremos os tópicos que se relacionem diretamente à dissertação.

A elaboração desta Declaração passa por um longo caminho, há mais de vinte anos, percorrido por representantes de Estados, lideranças e organizações indígenas. Na sessão da Assembleia Geral da ONU que aprovou o texto, votaram 143 países a favor, 4 contra (Estados Unidos, Canadá, Nova Zelândia e Austrália) e 11 se abstiveram. O Brasil e a maioria dos países da América Latina votaram a favor da Declaração; a Colômbia absteve-se (116).

A história da Declaração inicia-se em 1982, com o Grupo de Trabalho sobre Povos Indígenas. No contexto da “Primeira Década Internacional dos Povos Indígenas” de 1995 a 2004, a Comissão de Direitos Humanos da ONU criou novo Grupo de Trabalho para elaborar o projeto da Declaração. Depois desta tramitação, o Conselho de Direitos Humanos, em junho de 2006, aprovou o texto. Submetida a alterações principalmente em relação à autodeterminação e atividades militares nas terras indígenas, entre outros, a Declaração, finalmente, foi votada em setembro de 2007 (116).

O conteúdo da Declaração inicia-se, como é tradição nos documentos da ONU, com um preâmbulo em que são descritas as motivações e as justificativas do texto elaborado. Assim, destacaremos desta introdução as partes relevantes para nossa temática.

Começa a Declaração “afirmando que os povos indígenas são iguais a todos os demais povos, reconhecendo ao mesmo tempo o direito de todos os povos a serem diferentes, a se considerarem diferentes e a serem respeitados como tais” (19).

Continua o texto, referindo-se à diversidade, “afirmando também que todos os povos contribuem para a diversidade e a riqueza das civilizações e culturas, que constituem patrimônio comum da humanidade” (19).

Quanto à contextualização histórica, afirma a Assembleia Geral;

Preocupada com o fato de os povos indígenas terem sofrido injustiças históricas como resultado, entre outras coisas, da colonização e da subtração de suas terras, territórios e recursos, o que lhes tem impedido de exercer, em especial, seu direito ao desenvolvimento, em conformidade com suas próprias necessidades e interesses(19).

Ao adentrar na parte do texto, na qual se tem o conteúdo da Declaração propriamente dito, com o total de 46 artigos, destacam-se os abaixo citados, por fazerem referência explícita às questões de saúde e suas interfaces:

Artigo 3 - Os povos indígenas têm direito à autodeterminação. Em virtude desse direito determinam livremente sua condição política e buscam livremente seu desenvolvimento econômico, social e cultural.

[...]

Artigo 7 - 1. Os indígenas têm direito à *vida*, à *integridade física e mental*, à liberdade e à segurança pessoal.

2. Os povos indígenas têm o direito coletivo de viver em liberdade, paz e segurança, *como povos distintos*, e não serão submetidos a qualquer ato de genocídio ou a qualquer outro ato de violência, incluída a transferência forçada de crianças do grupo para outro grupo.

[...]

Artigo 8 - 1. Os povos e pessoas indígenas *têm direito a não sofrer assimilação forçada* ou a destruição de sua cultura.

2. Os Estados estabelecerão mecanismos eficazes para a prevenção e a reparação de:

a) Todo ato que tenha por objetivo ou consequência privar os povos e *as pessoas indígenas de sua integridade como povos distintos*, ou de seus valores culturais ou de sua identidade étnica;

[...]

Artigo 21 - 1. Os povos indígenas *têm direito, sem qualquer discriminação, à melhora de suas condições* econômicas e sociais, especialmente nas áreas da educação, emprego, capacitação e reconversão profissionais, habitação, *saneamento, saúde* e seguridade social.

[...]

Artigo 23 - Os povos indígenas têm o direito de determinar e elaborar prioridades e estratégias para o exercício do seu direito ao desenvolvimento. Em especial, os povos indígenas têm o direito de *participar ativamente da elaboração e da determinação dos programas de saúde*, habitação e demais programas econômicos e sociais que lhes afetem e, na medida do possível, *de administrar esses programas por meio de suas próprias instituições*.

Artigo 24 - 1. Os povos indígenas *têm direito a seus medicamentos tradicionais e a manter suas práticas de saúde, incluindo a conservação de suas plantas, animais e minerais de interesse vital do ponto de vista médico*. As pessoas indígenas têm também *direito ao acesso*, sem qualquer discriminação, *a todos os serviços sociais e de saúde*.

2. *Os indígenas têm o direito de usufruir, por igual, do mais alto nível possível de saúde física e mental*. Os Estados tomarão as medidas que

forem necessárias para alcançar progressivamente a plena realização deste direito(grifo nosso) (19).

Ao encerrar este capítulo, de apresentação sucinta dos artigos presentes nas Declarações de Bioética e de Povos Indígenas relacionados à dissertação, ressaltamos como estes textos apresentam, em diversos momentos, pontos de aproximação e conexão que, às vezes, parecem parte de um mesmo documento.

Desde as disputas, presentes nas fases preparatórias, as divisões entre países ricos e pobres na elaboração do texto sobre bioética e as sucessivas prorrogações para se aprovar o texto sobre povos indígenas, estes documentos passaram por processos bem semelhantes. Estes obstáculos demonstram as dificuldades enfrentadas para que a comunidade internacional contemple os direitos de seus segmentos historicamente aliados das decisões.

No entanto, a vitória obtida com a aprovação destes documentos reforça e necessidade de aproximar as temáticas das Declarações reconhecendo a pluralidade e diversidade que as populações indígenas aportam ao conjunto dos povos e das nações e a necessidade de proteger suas diferentes formas de manifestação. Sejam estas manifestações culturais, sociais, econômicas, todas muito dependentes das condições de saúde destas populações.

5 BIOÉTICA E GOVERNANÇA DA SAÚDE INDÍGENA

Neste capítulo utilizamos muito de nossa experiência como servidores da instituição, a Funasa, para delimitar os acontecimentos que seriam selecionados para análise e interpretação crítica da política de saúde indígena.

Desta maneira, nos valemos principalmente, mas não exclusivamente, das técnicas da observação participante, outra modalidade da pesquisa qualitativa, que em nosso entender possibilitou acompanhar os acontecimentos na gestão da saúde indígena, assim como de utilizar fontes não convencionais de informação, como reuniões, diálogos com profissionais e dirigentes setoriais e, assim, selecionar informações e documentos.

As origens das informações disponíveis sobre muitos dos eventos descritos são restritas, mesmo porque muitos deles são episódios recentes que ainda não foram motivos de qualquer tipo de estudo ou relato. Portanto, se encontrará informações obtidas em meios de comunicação como jornais e “blogs” da internet. As avaliações e interpretações destas fontes devem-se, em parte, a nosso envolvimento técnico-administrativo na instituição.

Também, a partir do final de 2009, quando apresentamos nossa proposta de pesquisa ao Programa da Pós-graduação em Bioética, passamos a nos valer dos conhecimentos adquiridos no contato com a produção teórica deste campo de conhecimento. Portanto, muito da observação e interpretação, principalmente, dos eventos de 2010 e 2011 foram filtradas pela “lente” do instrumental bioético, adquirido no transcorrer das disciplinas frequentadas, assim como, nos levantamentos e na produção de material para a própria pesquisa.

5.1 CRISE INSTITUCIONAL

A saúde indígena iniciou o período pós IV CNSI vivendo seus maiores dilemas. Este período começou com a transição do primeiro Governo Lula, 2003 a 2006, para o segundo mandato, 2007 a 2010. Novamente um embate entre PT e PSDB que levou Lula a ganhar a eleição apoiado por ampla aliança política.

Momento de relativo sucesso na área econômica, mas também com inúmeras denúncias e problemas políticos.

Este amplo leque de sustentação, que permitiu a reeleição, exigiu um governo de alianças amplas, com diferentes partidos e tendências ocupando cargos no interior do governo. No entanto, este quadro político não impediu o presidente, ao final do segundo mandato, de manter altos índices de aprovação.

Com um cenário político favorável, apesar de turbulências na aliança, o forte crescimento econômico levou o governo a eleger sua candidata Dilma Rousseff, em disputa, novamente, com o ex-ministro da Saúde José Serra, em campanha polarizada ideologicamente.

Este quadro de superação de antagonismos no cenário econômico e político no plano nacional não se reproduziram nos acontecimentos institucionais relacionados à Funasa e, conseqüentemente, à saúde indígena. O presidente da instituição de então, Paulo Lustosa, que havia assumido após mudança política no Ministério da Saúde, em 2005, quando o PMDB assumiu a pasta, foi substituído no início do segundo mandato de Lula, mais precisamente em março de 2007. São desta ocasião diversos comentários sobre os desmandos ocorridos na Funasa, como este, por exemplo, publicado no Correio Braziliense:

O economista Paulo Lustosa está há um ano e meio na presidência da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), mas é acusado por colegas de governo de ainda não ter desencarnado de seu posto anterior na burocracia da Esplanada dos Ministérios. Ele foi secretário-executivo do Ministério das Comunicações entre 2004 e 2005.[...] Lustosa está há uma semana esgrimindo argumentos e lançando línguas de fogo contra uma auditoria interna da fundação que apura irregularidades na implantação da TV Funasa.

[...]a TV Funasa é uma operação que corre à margem da estrutura administrativa do órgão presidido por Paulo Lustosa. Sua concepção e operação foram entregues à produtora Digilab, empresa sediada em Florianópolis. Pelo contrato, firmado depois de concorrência pública, até 2011 a Digilab receberá R\$ 71 milhões para tocar o projeto. O conteúdo, porém, terá de ser produzido pelos técnicos da própria Funasa. Do total de R\$ 71 milhões, já foram pagos R\$ 6 milhões.

Entre os anos de 2003 e 2006 o Governo Federal destinou apenas R\$ 5,6 milhões para o atendimento à saúde de 11 mil índios integrantes de sete etnias do Mato Grosso do Sul. É muito pouco. Nessas áreas, a mortalidade infantil atinge 65 de cada grupo de mil crianças indígenas nascidas vivas(117).

Na mesma linha e em sequência, manchetes sobre providências adotadas pelas instituições de controle do próprio governo, foram também publicadas, como esta, de 4 de abril de 2007, da Empresa Brasileira de Comunicação (EBC):

TCU suspende contrato de implantação da TV Funasa

Tribunal de Contas da União (TCU) suspendeu hoje (4) o contrato de implantação da TV Funasa, da Fundação Nacional de Saúde. O tribunal entendeu que existiam irregularidades nos pagamentos e contratos entre a TV e a empresa Digilab S/A.

Segundo nota divulgada à imprensa, o tribunal calcula um total de R\$ 49 milhões os prejuízos causados pela contratação da empresa. O TCU questiona ainda a prioridade, a conveniência e a necessidade da contratação, "tendo em vista as precárias condições das ações finalísticas da Funasa, que não são plenamente atendidas por falta de recursos"(118).

Desta maneira, aparecendo com frequência nos noticiários, a Funasa passou por mudanças na sua direção e também na sua forma de organização. No início de 2007, após os acontecimentos descritos, o então vice-presidente Danilo Fortes assumiu a presidência da instituição. Depois de um período com direção interina o Departamento de Saúde Indígena também ganhou novo diretor.

No entanto, as mudanças ocorridas nas diferentes áreas da Funasa, inclusive com a instalação de processos administrativos para apuração de irregularidades e maior controle dos procedimentos internos, não impediram que a disputa política continuasse. Assim, novas denúncias voltaram a aparecer na imprensa.

Também na área indígena, as denúncias relacionadas ao mau uso das verbas da Funasa foram constantes e desencadearam medidas por parte dos órgãos de fiscalização como o Ministério Público e o Tribunal de Contas da União. Estas denúncias na imprensa causaram grande indignação política, como vemos no noticiário da época:

ONGs e índios culpam Funasa por epidemias

Loteamento de cargos

Para o vice-presidente do Cimi, Saulo Feitosa, desde a implantação da nova política de gestão da saúde indígena pela Funasa ocorre um "loteamento de cargos".

"A Funasa fez uma tentativa de ter maior controle sobre a aplicação dos convênios, mas dentro de uma política de loteamento de cargos. Há um mau uso da fundação e dos recursos destinados à saúde indígena", afirma Feitosa.

Outro lado

O coordenador-geral de Planejamento e Avaliação de Saúde Indígena da Funasa, Frederico Monteiro, rebateu as críticas feitas por ONGs e lideranças indígenas ouvidas pela Folha. Ele afirmou que "o objetivo da centralização é fazer com que não haja interrupção no fornecimento e na distribuição de medicamentos"(grifo nosso) (119).

Em janeiro de 2007, ou seja, no início do segundo mandato de Lula, a Funasa aprovou a Portaria nº 47, com a centralização das compras de medicamentos para a saúde indígena. No entanto, ainda hoje, o governo promove ações investigativas

para apurar as ocorrências desta época, como vemos no noticiário em diferentes meios de comunicação.

PF prende três por desvio de R\$ 6 milhões da Funasa [...]

A Polícia Federal prendeu três pessoas de uma quadrilha acusada de fraudar mais de R\$ 6 milhões de recursos da Funasa (Fundação Nacional de Saúde) destinados a organizações não governamentais (ONGs) [...]. Segundo as investigações, os recursos financeiros da Funasa eram destinados à compra de medicamentos, atendimento médico, pagamento dos salários dos agentes indígenas de saúde, serviço de transporte dos doentes e para obras de saneamento e tratamento de água nas aldeias. Pela perícia realizada, foi constatado que entre 2006 e 2008, mais de R\$ 6 milhões foram desviados. Nesse período houve falta de medicamentos vitais, como soro antiofídico (contra o veneno de cobras) [...] (120).

MP investiga mau uso de verba para saúde indígena por fundação ligada à UnB

Denúncia do Ministério Público diz que dinheiro público destinado à saúde de índios foi gasto em festas, em viagens e em objetos de luxo. O desvio de recursos ocorreu em uma fundação ligada à Universidade de Brasília (UnB)(121).

Também a Controladoria-Geral da União da Secretaria Federal de Controle Interno, em 2009, por meio do Relatório nº 244108, refere-se aos atos praticados na Funasa, em anos anteriores, como podemos constatar em seu conteúdo abaixo:

[...] foram identificadas falhas que necessitam de adoção de medidas corretivas, para as quais foram emitidas as respectivas recomendações. Adiante serão apresentados fatos identificados na amostra analisada:

- a) Em relação à Ata de Registro de Preços nº 45/2007, cujo objeto é o fornecimentos de medicamentos, verificou-se que o percentual de multa de mora por atraso na entrega de medicamentos era inferior ao usualmente praticado pelo mercado.
- b) Do exame da execução do Contrato nº 114/2008, identificou-se a ausência de aplicação de multa por atraso na entrega de medicamentos, tendo em vista que o fornecedor extrapolou o prazo contratual para entregar os produtos (122, p. 5).

E continua o relatório analisando outros contratos da Funasa, em outras áreas que não a indígena, como segue:

- c) Da análise do Processo nº 25100.002.910/2010-18, Contrato nº43/2010, tendo como objeto a aquisição de licenças de uso de sistema gerenciador de banco de dados Oracle, incluindo garantia de 24 meses, verificou-se a ocorrência de aquisição injustificada de novas licenças do Sistema Gerenciador de Banco de Dados ORACLE em detrimento da aquisição de licenças apenas de atualização, bem como da contratação do suporte técnico, uma vez que a Entidade já havia adquirido essas licenças no exercício de 2006 ao custo de R\$ 6.100.000,00.[...]

d) Da análise das medidas adotadas em relação aos fatos apontados nos Relatórios de Auditoria de Avaliação da Gestão da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA atinentes aos exercícios de 2006 e 2007, especificamente tratando dos Contratos nºs 75/2005 e 06/2007, tendo como objeto a contratação de empresa especializada na prestação de serviços de gestão inteligente de documentos e informações, constatou-se a realização de pagamentos aos contratos, mesmo tendo as suas vigências suspensas devido à graves irregularidades identificadas na elaboração dos Termos de Referência e condução das licitações [...] (122, p. 5).

Neste ambiente administrativo conturbado, as condições de prestação dos serviços de saúde indígena sofreram diferentes entraves e limitações, causando a mobilização das lideranças e organizações indígenas para uma redefinição nas responsabilidades institucionais, que trataremos à frente.

Embora festejados com números bastante consistentes, apresentados em 2009, com os 10 anos da “Lei Arouca”, como citado anteriormente, o período recente foi marcado por momentos graves para a política de atenção à saúde dos povos indígenas. Os acontecimentos que delimitam este período iniciaram, em nossa opinião, como insistentemente afirmado, durante a realização da IV Conferência de Saúde Indígena, em 2006.

Como explicitado, quando tratamos das deliberações daquela Conferência, o debate sobre qual instituição seria responsável pela condução das ações de saúde indígena continuara nos anos seguintes.

Esta discussão, que polarizou a plenária final da IV CNSI, foi decidida em favor das ações permanecerem sob a responsabilidade da Funasa. No entanto, com os problemas político-administrativos na instituição, na área indígena e em outras áreas, descritas acima, propiciou que setores do Ministério da Saúde e também do movimento indígena, organizações não governamentais e alguns servidores retomassem o debate sobre a permanência da saúde indígena na Funasa.

Assim, os Ministérios da Saúde e Planejamento encaminharam ao Congresso a Exposição de Motivos Interministerial - EMI nº 228/MP/MS (123), de 29 de agosto de 2008, transformado no Projeto de Lei nº 3.958, propondo a criação da “Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde”, que, no item 5, dizia: “A proposta visa também a transferência das competências e atribuições exercidas pela Fundação Nacional de Saúde – Funasa, no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas” (123).

Estranhamente o Ministério da Saúde, um ano e meio após a realização da IV CNSI, patrocinou este projeto de lei, retirando da Funasa a saúde indígena,

propondo integrá-la em uma Secretaria de Atenção Primária e Promoção de Saúde. Anteriormente o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.656, de 17 outubro de 2007 (124), interpretada como um estímulo à municipalização das ações (125, p. 106). Este fato motivou a divulgação de documento conjunto do Ministério da Saúde e Funasa intitulado Orientações para o Processo de Pactuação dos incentivos de Atenção Básica e Especializada à saúde dos Povos Indígenas, em outubro de 2008 (126).

Após o envio da EMI ao Congresso, o Ministério deu curso à sua política de retirar as ações da Funasa. Este objetivo foi buscado com a publicação da Portaria nº 1.922, de 11 de setembro de 2008, que, em seu artigo 1º, propõe:

Criar Grupo de Trabalho-GT com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à atenção a saúde dos povos indígenas, visando a incorporação de competências e atribuições procedentes da Fundação Nacional de Saúde nessa área (127).

A portaria definiu ainda as instituições participantes do GT, estando assegurados representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria-Executiva (SE), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A coordenação do GT seria exercida pelo Departamento de Atenção Básica da SAS/MS(127).

Esta polêmica sobre a transferência das ações amplificou-se ao somar-se com o agravamento da crise política do PMDB. Iniciada pela troca de comando da Funasa ocorrida entre grupos do próprio partido prolongou-se no tempo. Este embate foi acompanhado pela imprensa, como na notícia a seguir:

Denúncias na Funasa: Lustosa acusa Eunício de maquinação e manobras

A disputa interna no PMDB e as denúncias de irregularidades na Fundação Nacional de Saúde (Funasa), presidida hoje pelo cearense Danilo Forte, tem desdobramentos políticos com acusações e troca de farpas. O ex-presidente da Funasa, Paulo Lustosa, decidiu romper o silêncio [...] atribuiu ao presidente da Executiva Regional do PMDB, deputado federal Eunício Oliveira, as manobras (maquinação) para incriminá-lo em supostas irregularidades em sua gestão à frente do órgão.

Lustosa disse que essa disputa de poder começou com a eleição do seu filho, Paulo Henrique, à Câmara Federal. Segundo Paulo Lustosa, Eunício e os seus aliados fizeram ameaças e, hoje, usam Danilo Forte para atacá-lo(128).

Esta crise chegou à saúde indígena de forma inusitada, setores do movimento indígena, insatisfeitos com os rumos propostos para o setor, resolveram apresentar seus pleitos. Assim, em reunião ocorrida no Ministério da Saúde, em discussão com o Ministro, testemunharam as divisões interinstitucionais.

Matéria publicada na imprensa, em novembro de 2008, com ampla repercussão na época descreveu assim o episódio:

O ministro da Saúde, José Gomes Temporão, acusou hoje a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) - instituição que integra seu ministério - de ser corrupta e apresentar baixa qualidade de serviços. *"As denúncias de escândalos, corrupção, desvio de dinheiro estão todos os dias na imprensa, no Ministério Público, no Tribunal de Contas da União. A situação é muito grave, não podemos deixar a situação do jeito que está"*, disse o ministro, referindo-se a Funasa. As declarações foram feitas durante um tenso debate com lideranças indígenas e devem servir como ingrediente para azedar ainda mais a relação do ministro com o seu partido, o PMDB(grifo nosso) (129).

Estas declarações aconteceram em reunião do Conselho Nacional de Saúde que, entre outros temas, discutiu a proposta de transferência do programa de saúde indígena da Funasa para a futura Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, cujo projeto de criação fora enviado ao Congresso.

A crise partidária transformada em crise institucional seguiria seu curso e o embate entre o Ministro da Saúde e o presidente da Funasa, ambos do PMDB, ganharia contornos de crise política nacional e mereceria tratamento prioritário da alta direção do partido, assim expresso pela imprensa:

Após a reunião para discutir as insatisfações do ministro da Saúde, José Gomes Temporão, com a cúpula da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), o líder do PMDB na Câmara, Henrique Eduardo Alves (RN), disse que não se cogita a saída de Danilo Forte da presidência do órgão. O deputado admitiu, no entanto, que haverá mudanças administrativas e institucionais na Funasa (130).

E continua a matéria, comentando os termos do acordo promovido, pelo partido, entre os dois dirigentes:

Apesar de ter cedido na manutenção do comando do órgão, Temporão conseguiu fazer o PMDB engolir a criação de Secretaria de Atenção Básica e Proteção à Saúde, que na prática tira poderes da Funasa e vai administrar a saúde indígena. Perguntado se a criação da nova secretaria significaria a saída de Danilo Forte, Alves foi taxativo:
- *Isso não estava nem em discussão, a questão é institucional* – disse(grifo nosso) (130).

Assim, depois de consolidado o entendimento dentro do partido, as questões pendentes que ocasionaram a crise passaram a ser encaminhadas conforme roteiro previsto. Disse o presidente da Funasa, em reportagem de dezembro de 2008:

O presidente da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Danilo Forte, disse nesta terça-feira, 16, que a decisão política de criação de uma Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena está tomada e só falta a sua implementação. A declaração foi feita durante a apresentação de um balanço das ações da Funasa em 2008. *"Minha preocupação é com o vácuo entre a decisão política e a concretização dessa secretaria. O vazio pode ter aspectos danosos para a saúde da comunidade indígena. Pode quebrar a continuidade das ações desenvolvidas"*, destacou Forte (grifo nosso) (131).

A mesma matéria trata, em seguida, sobre abaixo assinado entregue pelas lideranças indígenas:

No final de novembro, cerca de 200 lideranças indígenas, de várias regiões do país, assinaram um documento em Brasília, exigindo que a saúde indígena deixe de ser responsabilidade da Funasa. O documento foi entregue ao ministro da Saúde, José Gomes Temporão, e ao presidente Luiz Inácio Lula da Silva (131).

Esta conjuntura, acompanhada pela imprensa, foi transformada em atos oficiais, provavelmente fruto dos acordos firmados para acalmar os ânimos dos dirigentes envolvidos na disputa. As Portarias nº 3.034 e nº 3.035, ambas do dia 17 de dezembro de 1998, são a expressão deste momento político. A de nº 3.034 estabelece:

Art. 1º Criar Grupo de Trabalho - GT com o objetivo de discutir e apresentar propostas, ações e medidas a serem implementadas, no âmbito do Ministério da Saúde, no que se refere:

- I - à qualificação da atenção à saúde dos povos indígenas;
- II - à autonomia dos Distritos Especiais de Saúde Indígena DSEI;
- III - ao fortalecimento do Subsistema de Saúde Indígena;
- IV - ao pré-projeto de criação da Secretaria da Saúde Indígena; e
- V - à incorporação de competências e atribuições exercidas pela Fundação Nacional de Saúde nesta área específica.

Art. 2º O GT será composto por representantes dos órgãos e entidades a seguir relacionados:

- I - Secretaria-Executiva - SE;
- II - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP;
- III - Secretaria de Atenção à Saúde - SAS;
- IV - Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS;
- V - Trabalhadores na Saúde Indígena;
- VI - Fundação Nacional de Saúde - Funasa;
- VII - Fundação Nacional do Índio - Funai;
- VIII - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz;
- IX - Regiões das Comunidades Indígenas;

X - Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena; e
XI - Conselho Nacional da População Indígena.

Parágrafo único. A Coordenação do GT será realizada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE (132).

Assim, pelo conteúdo desta portaria, nota-se alteração substancial em relação à anterior de nº 1.922, de 11 de setembro. Agora desapareceu a criação da Secretaria de Atenção Primária e apareceu o “pré-projeto de criação da Secretaria da Saúde Indígena”, assim como “o fortalecimento do Subsistema de Saúde Indígena”.

Também se destacaram a ampliação das instituições representadas no GT e a participação dos indígenas, antes nem mencionados. Outra mudança foi a alteração da coordenação do GT, agora sob a responsabilidade da Secretaria de Gestão Participativa, aliás, a única das instâncias de direção do Ministério da Saúde, à época, com dirigente ligado ao PT.

A Portaria nº 3.035 nomeou todos os representantes das instituições e seus respectivos suplentes, representantes dos trabalhadores da saúde indígena e três representantes indígenas para cada uma das 5 regiões do Brasil: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste. Também, representantes de entidades indígenas e do fórum dos conselheiros (133).

Esta sequência de acontecimentos político-administrativos que afetaram as instituições e seus dirigentes foi determinante na condução da saúde indígena. A partir deste momento, estavam dadas as condições para o redirecionamento das ações, a mudança mais significativa desde 1999, quando da criação do SSI.

Dentre as modificações na política de saúde indígena, reivindicada pelos índios e organizações não governamentais, estava a “autonomia dos Distritos Sanitários”. Assim, em junho de 2009, constava do Decreto nº 6.878, assinado pelo presidente da República, a transformação dos Distritos, ainda vinculados à Funasa, em unidades descentralizadas e também:

Art. 13-A. Aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas compete coordenar, supervisionar e executar as atividades do Subsistema de Saúde Indígena do SUS criado pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, nas suas respectivas áreas de atuação.

Art. 3º O Ministério da Saúde, juntamente com a Fundação Nacional de Saúde, deverá adotar providências no sentido de que as funções das unidades gestoras encontram-se em plena capacidade operacional até 31 de dezembro de 2010 (134).

Este processo de transformações administrativas culminou com a assinatura de Medida Provisória nº 483, em março de 2010, pelo presidente Lula. Esta MP, encaminhada ao Congresso para ser referendada, tratava, dentre outros temas, da criação da *Secretaria Especial de Saúde Indígena*, no Ministério da Saúde.

O tema seria objeto de divulgação na imprensa, uma vez que este assunto havia ocupado os meios de comunicação durante bom tempo. O Correio Braziliense, diário do Distrito Federal, no dia 26 de março, comentou a MP com a reportagem abaixo:

A queda de braço iniciada no fim de 2008, quando o ministro da Saúde, José Gomes Temporão, insinuou publicamente que havia corrupção e incompetência na gestão de Danilo Forte, à frente da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), chegou a um desfecho. Foi criada ontem, por meio de medida provisória, publicada no Diário Oficial da União, a Secretaria Especial de Saúde Indígena(135).

E a matéria continuava:

Danilo Forte, que ontem se despediu dos servidores da Funasa para concorrer a uma vaga na Câmara Federal, até considera que pode haver melhorias no atendimento indígena com a nova secretaria, mas destaca que a experiência da Funasa não deve ser desconsiderada nessa transição(135).

O Projeto de Lei de Conversão, PLV 08/2010, originado da Medida Provisória nº 483/2010, que criara a Sesai, foi aprovado pelo Senado em 3 de agosto de 2010. Em outubro, o presidente da República assinou o Decreto nº 7.336, reestruturando o Ministério e a Funasa devido à implantação da Sesai (136).

5.2 QUESTIONAMENTO BIOÉTICO

Os acontecimentos descritos acima têm como eixo central a transferência da responsabilidade pela execução das ações de saúde indígena da Funasa para o Ministério da Saúde. Este tema polariza as atenções de todos os segmentos envolvidos com a saúde indígena desde a IV CNSI, quando foi vitoriosa a proposta de manutenção das ações na Funasa.

Assim, cabe o questionamento: *por que o Ministério da Saúde encaminha ao Congresso a Exposição de Motivos propondo a criação da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, incluindo a absorção, por esta Secretaria, das ações de saúde indígena desenvolvidas pela Funasa?*

A primeira discussão diante desta iniciativa do Ministério diz respeito ao papel ou função que as Conferências de Saúde desempenham nas políticas de saúde. Assim, a legislação pode auxiliar no entendimento desta questão. Diz a Lei nº 8.142, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde(23).

Desta forma, está assegurado pela legislação que é função das Conferências “propor diretrizes para a formulação da política de saúde”. Esta Lei faz referência às instâncias do SUS. Quanto ao Subsistema, a Lei Arouca trata do tema de forma indireta quanto às instâncias colegiadas, como citado anteriormente no “Art. 19-H As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde [...]” (13).

Outra referência aos organismos colegiados aparece no Decreto nº 3.156, de 1999, ao prever a constituição dos conselhos distritais, mas sem referência a organismos nacionais. Quanto à Conferência de Saúde Indígena, esta foi abordada pela Política Nacional (PNASPI), de janeiro de 2002, no item 4.9, sobre o Controle Social.

O Controle Social, no âmbito nacional, será exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI, já existente e em funcionamento.

As Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas deverão fazer parte das Conferências Nacionais de Saúde e obedecerão à mesma periodicidade (32, p. 21).

Portanto, a garantia que as Conferências de Saúde Indígena têm para “propor diretrizes para a formulação da política de saúde” indígena estaria assegurada não por uma lei específica, mas indiretamente pelo Conselho Nacional de Saúde,

instância colegiada do SUS. Aparentemente estes caminhos teriam sido trilhados pela IV CNSI, como se verifica no relatório:

Ao Conselho Nacional de Saúde coube deliberar sobre as questões relativas à realização da Conferência, promovê-la supervisioná-la em todas as suas etapas, considerando suas dimensões técnicas, políticas, administrativas e financeiras. Coube-lhe, também, designar os membros da Comissão Organizadora, de Relatoria e das Comissões Especiais de Comunicação e de Infraestrutura(22, p. 66).

E ainda continua:

A Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, em sua 61ª reunião, no dia 13 de junho de 2006, avaliou a 4ª Conferência. Foi pedido que os representantes indígenas apresentassem sua avaliação, independentemente dos demais membros da Cisi, para que constasse deste Relatório(22, p. 69).

Assim, foram cumpridos todos os processos legais de legitimação para que as deliberações aprovadas na IV CNSI servissem de “diretriz [es] para a formulação das políticas de saúde”, no caso, a indígena.

Também, para além dos aspectos legais, a legitimação política estava garantida pela ampla participação de representantes dos diversos segmentos, cerca de 12.000 pessoas nas conferências locais, cinco mil participantes nas conferências distritais e na etapa nacional por volta de 1.200 pessoas, das quais 800 delegados (22, p.66-67).

A resposta, portanto, a indagação sobre a função das Conferências encontra-se na legislação, ou seja, garantir que suas deliberações contribuam para a formulação de diretrizes políticas. Garantir a aplicação da legislação evitaria dúvidas, como a de Daniel Chutorianscy (2011), médico, delegado recém-eleito para a 14ª CNS, que diz:

Mas conferenciar sobre o quê? A cada Conferência que se segue, é cada vez mais complicado e difícil o acesso e a divulgação; a cada Conferência faz-se uma listagem imensa de reivindicações justas, que geralmente não são atendidas pelos gestores ou pelos governos municipal, estadual e federal, gerando uma imensa frustração a cada quatro anos [...](137).

Assim, como vimos em relação à saúde indígena, a legislação por si só não assegurou que as deliberações fossem encaminhadas. Restou então, como argumento, a legitimação política destas instâncias colegiadas de deliberação. No

entanto, a legitimidade política também não foi suficiente para impedir iniciativas contrárias às deliberadas pelos colegiados.

O caso do envio ao Congresso da EMI nº 228/MP/MS (123), propondo a transferência da saúde indígena da Funasa para a Secretaria de Atenção Primária, é um exemplo emblemático da subtração das funções legais e políticas das instâncias colegiadas. Pois ela se contrapôs à deliberação da IV CNSI que foi de manter a Funasa como gestora do Subsistema(22).

A pergunta que aflora é *seria a bioética instrumento adequado a ser utilizado para solução destes conflitos?*

Encontramos um indicativo de sugestão no dizer de Alves, Cordon e Gonçalves,

Neste quadro, a bioética se mostra como disciplina essencial no trato dos conflitos políticos, econômicos e sociais do setor de saúde. Entretanto, em sua prática, observa-se uma centralização da reflexão e dos encaminhamentos nos assuntos relacionados à pesquisa em seres humanos e sua utilização nos tratamentos médicos, sugerindo um desacoplamento das prescrições éticas ao comportamento desejado para o andamento do SUS, em sua totalidade, e ao mesmo tempo indicando uma lacuna na condução da política e desenvolvimento da bioética no país(138, p. 95).

5.3 BIOÉTICA COMO ALTERNATIVA

Ao seguir o caminho apontado acima, qual seja, utilizar a bioética como disciplina essencial no trato de conflitos políticos do setor saúde outras indagações aparecem. *A bioética poderia fornecer argumentos para garantir as resoluções aprovadas na IV Conferência de Saúde Indígena? Quais seriam os meios utilizados para que este processo pudesse ser desencadeado?*

Estas perguntas são pertinentes, pois a bioética disponível nas instâncias organizacionais do SUS ainda é aquela aprovada pelas Resoluções nº 196 e nº 304 do CNS. *Teriam estas resoluções escopo de abrangência para os desafios agora colocados?*

A resposta seria não, ou pelo menos seriam insuficientes, pois as resoluções citadas dizem respeito às normas a serem seguidas na realização de pesquisas, embora fazendo referência aos princípios bioéticos, como na Resolução nº

196/1996(16): “Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros [...]”, ea Resolução nº 304: “As pesquisas envolvendo povos indígenas devem obedecer também aos referenciais da bioética, considerando-se as peculiaridades de cada povo e/ou comunidade.” (73).

Portanto, estas resoluções não seriam os instrumentos adequados, necessitando-se então de outras fontes que o campo bioético poderia disponibilizar a fim de fazer valer seus conhecimentos. Desta maneira, a Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco, aprovada com decisiva participação brasileira, pode trazer luz sobre esta polêmica. Sua contribuição está, por exemplo, ao trazer, dentre seus artigos, o abaixo citado:

Artigo 18 – Tomada de Decisão e o Tratamento de Questões Bioéticas

- a) Devem ser promovidos o profissionalismo, a honestidade, a integridade e a *transparência* na tomada de decisões, em particular na explicitação de todos os conflitos de interesse e no devido compartilhamento do conhecimento. ...
- b) *Os indivíduos e profissionais envolvidos e a sociedade como um todo devem estar incluídos regularmente num processo comum de diálogo.*
- c) Deve-se promover oportunidades para o *debate público pluralista*, buscando-se a manifestação de todas as opiniões relevantes(18).

Este artigo da Declaração fornece o caminho para a discussão, sob a perspectiva bioética, das decisões implementadas, constantes da EMI nº 228, em oposição à deliberação da 4ª Conferência. A *transparência* na tomada de decisões e o envolvimento de *indivíduos, profissionais e da sociedade em um processo de diálogo* poderia ter evitado decisões equivocadas que desencadearam posturas antagônicas às deliberadas na IV CNSI.

Pode-se também encontrar respaldo para a crítica às decisões contrárias às deliberações da Conferência no conteúdo das diferentes correntes bioéticas brasileiras, como o dizem Porto e Garrafa,

Tanto a bioética da Teologia da Libertação, quanto à bioética da proteção, a bioética feminista e antirracista e também a bioética de intervenção, referem-se a sujeitos particulares que, por condições sociais, econômicas e culturais específicas, têm seus direitos de cidadania subsumidos (17, p. 727).

E continua o texto propondo que,

Nesse sentido, as formas de atuação preconizadas para os sujeitos sociais por essas distintas perspectivas estão delineadas, em todas elas, segundo recomendam os tratados de direitos humanos. Essas formas são classificadas como inserção comunitária, participação social em movimentos voltados à luta pela garantia de direitos de grupos e segmentos específicos e à implementação de políticas afirmativas, ou à busca de sua libertação, empoderamento e emancipação, seja de forma autogestionária ou por medidas de compensação e proteção do Estado(17, p. 727).

Outro aspecto ainda a se evocar, contrário ao envio da EMI ao Congresso, diz respeito à Declaração sobre Direitos Indígenas, da Assembleia Geral da ONU. Declaração esta referendada pelo Brasil, em setembro de 2007, ou seja, apenas 1 (um) ano antes da Exposição de Motivos ser enviada ao parlamento, diz a Declaração em seu artigo 2º:

Os povos indígenas têm o direito de determinar e elaborar prioridades e estratégias para o exercício do seu direito ao desenvolvimento. Em especial, os povos indígenas têm o direito de participar ativamente da elaboração e da determinação dos programas de saúde, habitação e demais programas econômicos e sociais que lhes afetem e, na medida do possível, de administrar esses programas por meio de suas próprias instituições (19).

Contudo, esta sequência de argumentos legais, éticos e bioéticos não foi considerada pelas autoridades sanitárias no momento da formulação das propostas para a saúde indígena e os questionamentos sobre o tema prosseguiram.

Suas consequências mais danosas foram evitadas, com a mudança de rumo político que sofreu a proposta, como citado anteriormente, principalmente pela ação política dos índios, como diz trecho da nota da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB), de 25 de março de 2010:

A luta do Movimento Indígena pela Secretaria Especial teve início em 2008, quando lideranças indígenas conseguiram barrar uma decisão do governo de criar, por meio de Projeto de Lei, uma Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, onde *a questão da saúde indígena estaria diluída* entre diversos outros temas, correndo o risco de *não se verem respeitadas as especificidades* dos diferentes Povos Indígenas brasileiros (grifo nosso) (139).

A nota da APIB, ao confirmar a existência de uma proposta de constituição da Secretaria de Atenção Primária, projeto inicial dos gestores do SUS, faz o diagnóstico da intenção contida na criação desta Secretaria, isto é, poderia ser o local *onde a questão da saúde indígena estaria diluída entre diversos outros temas,*

correndo o risco de não se verem respeitadas as especificidades dos diferentes povos indígenas brasileiros (139).

Aquilo que anteriormente já aparecia para nós como suspeita, isto é, o fim da atenção diferenciada à saúde indígena, a nota viria expressar claramente. Desta forma, a suspensão da criação da Secretária de Atenção Primária e a incorporação de representantes indígenas à discussão, contempladas nas Portarias nº 3.034 (132) e nº 3.035 (133), de dezembro de 2008, como citado, supera impasses surgidos no encaminhamento da EMI nº 228 (123).

No entanto, em nossa opinião, como demonstraremos a seguir, não suspende o risco de “*diluição das ações*” apontado pela nota da APIB. A inclusão na portaria da discussão sobre a Secretaria de Saúde Indígena no Ministério da Saúde, conserta equívoco, mas não supera temores de acabar com a especificidade da atenção aos povos indígenas.

O risco, mesmo com a Sesai, de diluir a saúde indígena na megaestrutura ministerial será, sob o ponto de vista bioético, em nosso entendimento, superior às questões anteriores que contrariaram as decisões da IV CNSI. Estas poderiam ser vistas como filigranas institucionais, argumentando-se que o vínculo administrativo seria irrelevante para a qualidade das ações.

No entanto, a incorporação das ações pelas instâncias ministeriais, ou, como preferem alguns, a “inclusão no SUS”, poderá ter consequências imprevisíveis para a atenção diferenciada. Para Olivé (2006), os riscos são percebidos a partir das diferentes posições que os indivíduos compreendem os fenômenos geradores da situação de perigo ou risco. Argumentando o autor que

Não há apenas uma maneira correta e universalmente objetiva de identificar e avaliar um risco [...] e tampouco é possível uma única visão sobre a gestão do risco que seja a única correta e eticamente aceitável. Na identificação e avaliação de riscos podem existir diferentes pontos de vista igualmente legítimos [...] não se trata de uma visão relativista que sustenta que qualquer ponto de vista é tão bom quanto qualquer outro. Trata-se antes de uma visão pluralista que sustenta que não existe apenas um ponto de vista que seja o único correto (111, p. 135).

Seguindo esta trilha apontada por Olivé (2006), quando sugere diferentes caminhos para se avaliar e gerir riscos, como os associados à criação da Sesai, propondo uma prática pluralista de abordagem dos processos, pode-se incorporar os argumentos presentes ao texto da Declaração sobre Bioética.

O texto afirma o pluralismo e o reforça como fonte necessária à humanidade, ao dizer que “... a diversidade cultural, fonte de intercâmbios, de inovação e de criatividade, é necessária à humanidade e, neste sentido, constitui [seu] patrimônio comum...” (18).

Ou, ainda, o artigo 12, que complementa as considerações acima, ao tratar do respeito pela diversidade cultural e do pluralismo: “Deve ser tomada em devida conta a importância da diversidade cultural e do pluralismo”.

Pode-se, assim, acumular argumentos e conceitos, principalmente os fornecidos pela bioética, que permitam a manutenção do Subsistema de Saúde Indígena (SSI), mesmo com a criação da Sesai no Ministério da Saúde. No entanto, a tarefa de garantir as ações de saúde diferenciadas para os índios não será fácil, como podemos conferir a seguir.

5.4 RISCOS PARA ATENÇÃO DIFERENCIADA

A Secretaria Especial de Saúde Indígena originada da Medida Provisória nº 483/2010, aprovado pelo Senado em 3 de agosto de 2010, convertida na Lei nº 12.314 de 19 agosto de 2010 (140), se efetivou em outubro de 2010, quando o presidente da República assinou o Decreto nº 7.336, reestruturando o Ministério e a Funasa (141). Assim, estariam encerradas as discussões em torno da gestão das ações de saúde indígena.

No entanto, restaram as preocupações com a manutenção das atividades diferenciadas da atenção em saúde indígena. Presente desde as discussões iniciais sobre a transferência do gerenciamento do SSI, voltaram a ser o centro das atenções mesmo após a criação da Sesai, pois decisões recentes levantaram justificadas apreensões.

Em abril de 2011, por exemplo, o Ministro da Saúde anunciou o adiamento do prazo de transferência das responsabilidades da saúde indígena da Funasa. Inicialmente previsto em 180 dias, após a publicação do decreto que criou a Sesai, em outubro de 2010, o prazo foi estendido para dezembro de 2011, pelo Decreto nº 7.461, de 18 de abril, de 2011(142).

Materializava-se, assim, uma dos argumentos discutidos na IV CNSI, no momento da transferência do Cenepi. Quando se afirmava que estas modificações ocasionam uma semiparalisa na administração, protelando decisões, que podem levar anos até se restabelecer a normalidade. No caso da saúde, costuma ter consequências graves e, para a operacionalização do SSI, não seria diferente, apesar da fala do Secretário da Sesai em direção oposta,

Essa prorrogação garante amparo legal à Funasa para continuar dando apoio à Sesai para que a transição das ações de atenção primária indígena ocorra sem prejuízo das ações e dos serviços prestados aos povos indígenas(143).

Para confirmar a preocupação com o adiamento citado acima, anteriormente o Ministério já havia publicado a Portaria Ministerial nº 483, de março de 2011, cujo conteúdo, em nosso entender, reconhece a impossibilidade de atender a antiga reivindicação dos indígenas por autonomia dos DSEI (144). Esta busca por autonomia inclusive foi utilizada como argumento central das críticas endereçadas à Funasa, quando da publicação da portaria nº 70, de 2004, que centralizaram as aquisições de insumos, entre outras medidas (60).

Segue parte do teor da atual Portaria:

Considerando que os Distritos Sanitários Especiais Indígenas ainda não se constituem Unidades Gestoras;
Considerando que o Ministério da Saúde dispõe de Núcleos Estaduais em todas as 26 (vinte e seis) Unidades da Federação, e [...]

Art 1º Delegar competência aos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde, da Secretaria-Executiva, para a prática dos seguintes atos de responsabilidade dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas:

I - autorizar a concessão de diárias e passagens para deslocamento dos servidores, contratados e colaboradores eventuais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, inclusive dos pacientes indígenas e seus acompanhantes;

II - atuar como ordenador de despesas, inclusive no que se refere ao pagamento de passagens e diárias, desde que recebam dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas os recursos financeiros necessários para esta ação;

III - instruir processos licitatórios de responsabilidade dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, inclusive de dispensa de licitação e inexigibilidade, conforme legislação em vigor aplicável à espécie; e

IV - conceder, pagar suprimentos de fundos e aprovar a respectiva prestação de contas (144, p. 53).

Porém, o sinal amarelo das preocupações com a diluição das ações da saúde indígena no Ministério ou “no SUS” foi definitivamente aceso com a publicação da Portaria Conjunta nº 1, de 3 de junho de 2011, com o conteúdo descrito a seguir:

Os Secretários de Atenção à Saúde e Especial de Saúde Indígena, no uso de suas atribuições e considerando a necessidade de elaborar, conjuntamente, *estratégias de articulação e integração das redes de atenção relacionadas ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASISUS)*, resolvem:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Ministério da Saúde, Grupo de Trabalho (GT), composto por representantes da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

Art. 2º O Grupo de Trabalho ora instituído terá por objetivo definir e *elaborar estratégias de articulação e integração das ações e programas de saúde sob gestão da SAS que fazem interface com a SESAI*.

Art.3º O Grupo de Trabalho será composto da seguinte representação (titular e suplente): [...]

Art. 5º - O GT terá o prazo de até 60 dias (sessenta dias) para a conclusão de seus trabalhos (grifo nosso) (145).

Desta maneira, as suspeitas e os temores, descritos anteriormente, de que as ações do SSI, mesmo com a criação da Sesai, poderiam ser diluídas ou incorporadas pelas instâncias do Ministério da Saúde, não demoraram muito a surgir. A publicação desta portaria expressa, em nossa opinião, um sintoma que evidencia esta possibilidade.

5.5 UMA PROPOSTA BIOÉTICA

Olivé (2006) aponta alternativas quando trata destas situações, em que a pluralidade, no caso a manutenção de um sistema específico de atenção diferenciada, enfrenta problemas com identificação, avaliação e gestão de riscos. Diz o autor que se exige para chegar a uma solução justa,

A tomada de decisões deva ser o resultado de um *amplo processo dialógico*, no qual sejam trocadas informações, em que sejam propostos e refutados com razões os métodos a ser seguidos, e por fim se exponham abertamente os interesses, fins e valores de *todos os setores sociais envolvidos e afetados pelos riscos em questão* e pelas formas propostas para avalia-los e geri-los, para tentar atenuá-los ou para compensar os danos, procurando a obtenção de acordos aceitáveis para as diversas parte(grifo nosso) (111. p. 135).

Poderia a sugestão de Olivé (2006) ser uma proposta adequada para a intervenção em um ambiente de gestão de risco, no caso a diluição do SSI “no SUS”, agravado ainda pelas circunstâncias do contexto interétnico.

No entanto, estas instâncias ou espaços, para o “acontecer do processo dialógico”, precisariam ser formuladas, pois ainda inexistentes. Porém, no dizer de Feitosa et al são mais do que necessárias, são imprescindíveis, como apontam,

The capacity to dialogue with other, different peoples is a premise for enabling bioethical action. The reflection of a lay bioethical approach is thus marked out by taking the plurality and diversity of the collective and individual social players into consideration in each given context. In particular, with regard to Intervention Bioethics, the theoretical line of bioethical thinking that was developed some years ago in Brazil, the practice of establishing dialogue is proposed as a means for transformation and inclusion. In this practice reflections result in concrete actions and attitudes that promote justice, co-responsibility and solidarity (146, p. 861).

Desta forma, seguir a proposta do diálogo, garantindo espaços autênticos para sua realização, abre a perspectiva para que a atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas possa estar assegurada, como, às vezes, sugerem decisões oficiais recentes.

A mais importante destas decisões foi tomada pela Presidenta da República, quando sancionou o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, a “Lei Orgânica da Saúde”, após vinte anos de sua publicação, em setembro de 1990. Diz o texto,

CAPÍTULO II- A ORGANIZAÇÃO DO SUS

[...]

Seção II- Da Hierarquização [...]

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. *A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde (grifo nosso) (147).*

Assim, ainda se garante na legislação referências às especificidades da população indígena e à necessidade de “regramentos diferenciados de acesso”. Garantir que o Subsistema de Saúde Indígena seja a instância diferenciada para

responder a esta especificidade depende de decisões políticas ou, melhor, biopolíticas de inspiração bioética, sem a desresponsabilização do estado e seus gestores, que deve estar embasada:

Numa ética da responsabilidade pública (Jonas, 2006) em que o Estado responsável garanta aos cidadãos a liberdade que lhes é fundamental para se constituírem como sujeitos ativos e para participarem das decisões políticas, ao mesmo tempo que garanta a justiça social, não podendo assim se confundir com um estado paternalista (114, p. 247).

Portanto criar espaços plurais que garanta o exercício da liberdade, contemplando as diferentes visões sobre os temas em discussão poderia ser a alternativa. Como ressalta Lorenzo,

Estamos falando aqui precisamente das correntes contemporâneas de ética, que, reconhecendo a impossibilidade de aplicar métodos de confirmação universalmente aceitos para a determinação do que é certo ou errado, consideram que tomar uma decisão ética implica necessariamente no estabelecimento de espaços de diálogo livre, envolvendo ao menos dois indivíduos capazes de agir e se comunicar e que estejam implicados em determinada situação comum a regular (99, p. 337).

Assim, aparece como consequência da discussão realizada nesta dissertação a necessidade da criação de um “Comitê de Bioética” instância que serviria de espaço para, como diz Olivé (2004), “um amplo processo dialógico” entre todos os setores interessados na saúde dos povos indígenas.

O “Comitê” poderia ser, inclusive, um espaço de reflexão para se confrontar, com as novas formas de ideologia. Mantendo a sensibilidade ao diferente, evitando a repetição do idêntico, abrindo as possibilidades para o novo, o espontâneo e o autêntico (21, p. 62).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir esta dissertação pode-se afirmar que a resposta à pergunta fundamental que orientou esta pesquisa foi em parte respondida. Para nós, a bioética, principalmente aquela associada ao pluralismo, independente de sua denominação, pode ser um instrumento para sustentar uma política de saúde indígena diferenciada, isto é, que respeite as especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas.

No entanto, esta resposta é parcial. Acreditamos que mesmo as linhas de pensamento mais politizadas, associadas às visões sociais dos problemas bioéticos, que buscam uma alternativa dialógica para a resolução de conflitos, não avançaram, ainda, na constituição de instâncias para a problematização bioética das políticas de saúde e em especial a indígena.

Estas conclusões foram possíveis de aferir utilizando-se a metodologia propostas no início do trabalho, qual seja um estudo de caso, por meio de uma análise documental realizada sob a perspectiva hermenêutica, amparada por uma visão crítica e orientada pelo instrumental bioético.

Porém, embora o método tenha propiciado uma ampla abordagem dos textos disponíveis referentes à temática permitindo mesmo constatar, pela análise histórica, uma lógica interna surpreendente dos acontecimentos, a metodologia também apresentou limitações.

Estas limitações foram constatadas quando entendemos as características singulares de um estudo de caso, notadamente com a temática proposta nesta dissertação. Isto ocasionou dificuldades comparativas com estudos da área e também dificultará a transposição das conclusões obtidas para outras situações assemelhadas, mesmo porque dificilmente estas situações são passíveis de se reproduzirem.

Todavia, sobre certos aspectos, conclusões parciais poderão ser utilizadas por outros trabalhos. Por exemplo, a discussão sobre os princípios do SUS, notadamente o de descentralização, proposto e aceito como sinal da democratização do sistema, e apontado pelas resoluções das conferências de saúde indígena como possível instrumento de opressão nas instâncias municipais.

Outra conclusão parcial diz respeito à condição de vulnerabilidade das populações indígenas. Assim, pode-se constatar que embora os indicadores epidemiológicos estejam em desvantagem em relação à população não índia, a condição de vulnerabilidade é discutível, uma vez que foi a organização e participação dos índios que modificou o modelo de atenção em saúde.

Ainda, dentre as conclusões parciais talvez a mais significativa foi constatar a não aplicação das resoluções das Conferências Indígenas na formulação de diretrizes para o setor. Essa constatação permitiu levantar um grave questionamento bioético sobre a legitimidade deste procedimento e ser analisada, também, sua ocorrência em outras políticas públicas setoriais e até mesmo em outras áreas governamentais.

Cabe destacar a propriedade da metodologia para análise de textos bioéticos, como a Declaração Universal sobre Direitos Humanos e Bioética, da Unesco, que permitiu extrair princípios gerais, presentes no texto, e a serem aplicados em políticas públicas específicas. Assim, embora o texto da Declaração não apresente uma estratégia geral de implementação, sua interpretação criativa pode favorecer o desenvolvimento de políticas afinadas com suas recomendações.

Outra restrição desta pesquisa baseada em análise documental foi não agregar informações de campo, isto é, observações nas áreas e instituições onde se desenvolvem as ações de atenção à saúde. Assim, informações preciosas como o grau de influência da medicina “ocidental” e seus agentes na cultura indígena, principalmente nos grupos de contato recente, não entraram na discussão do trabalho. Fica aqui uma sugestão para futuros projetos

Dentre as principais limitações do trabalho ficou evidente a restrição em coletar as opiniões dos atores envolvidos, possíveis de serem aferidas por entrevistas, que poderiam ser realizadas com gestores, bioeticistas, lideranças indígenas e trabalhadores do setor. Isto enriqueceria sobremaneira as análises.

Outras técnicas disponíveis na metodologia de pesquisa qualitativa como, por exemplo, os grupos focais com temática dirigida agregariam novos elementos aos dados obtidos. No entanto, pelas limitações logísticas, a saber, de tempo, da minha própria dificuldade em lidar com estas técnicas, a rara possibilidade para reunir estes grupos, não foram utilizadas.

No entanto, seguir o caminho da análise documental associado a uma observação participante como técnica da pesquisa qualitativa permitiu estar atento à

velocidade dos acontecimentos analisados e observados. Acompanhar estas informações, concomitantes ao período de realização do trabalho, enriqueceu sobremaneira nossos argumentos. Associada à pesquisa bibliográfica, utilizada principalmente no campo da bioética, esta sinergia propiciou uma visão atualizada do contexto a ser interpretado.

Assim, tivemos a oportunidade de entender os desdobramentos históricos que nos aproximaram da compreensão do modelo assistencial em vigor e, como descrito a seguir, ousar na formulação de uma proposta bioética como contribuição do trabalho a política de saúde indígena.

Constatamos, durante a pesquisa, que a atenção à saúde dos povos indígenas foi se transformando no tempo e continua seguindo este processo. Desde o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais depois transformado em Serviço de Proteção ao Índio e passando pela Fundação Nacional do Índio, estas instituições, vinculadas ao Estado, desenvolveram ações formuladas para implementar a política indigenista e, também, as primeiras ações institucionais de saúde.

Estas ações tiveram uma grande inflexão com a democratização do país a partir dos anos setenta e com a Constituição de 1988. A Carta inaugurou um novo momento na vida política nacional. Para a saúde, estabeleceu as bases do Sistema Único de Saúde (SUS). Aos índios a Constituição propiciou a superação, finalmente, do regime tutelar, prescindindo os povos indígenas, desde então, de intermediadores na busca por seus direitos.

Começou desta forma, tanto para a saúde como para os povos indígenas, um novo tempo. O setor de saúde, nos anos noventa, aprofundou sua formulação legal com a Lei nº 8.080, chamada de Lei Orgânica (12). A saúde indígena foi contemplada, com a Lei nº 9.836, a “Lei Arouca” (13). Esta Lei juntamente com a Portaria nº 254, de 2002, que aprovou a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (32) propiciou a implantação do Subsistema de Saúde Indígena (SSI), responsável pela atenção diferenciada às populações indígenas brasileiras.

Esta política de atenção diferenciada passou a ser criticada por muitos setores ligados ao SUS. No entanto, o desenvolvimento da atenção, executado pela Funasa, amparado nas deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Indígena, conferia legitimidade às ações desenvolvidas. Os indicadores da situação de saúde dos povos indígenas, neste período, são sensivelmente melhores que o

precedente. Também o aumento nos recursos financeiros empregados na atenção indígena foi significativo.

Porém, apesar destes desdobramentos positivos propostas de substituição do comando das ações da Funasa pelo Ministério da Saúde foram formuladas na IV CNSI. Estas propostas foram derrotadas (22). Contudo, mesmo com as resoluções da Conferência garantindo a continuidade das ações sob o comando da Funasa, o Ministério encaminhou ao Congresso proposta de incorporação das ações de saúde indígena (123).

Embora esta iniciativa tenha sido frustrada em um primeiro momento, em seguida foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), efetivada em outubro de 2010, por Decreto que reestruturou o Ministério e a Funasa (141).

No entanto as preocupações com a transferência das ações da Funasa, qual seja, o risco da diluição das ações dentro da burocracia do SUS, não estavam superadas. Estes riscos se confirmaram com a criação de um grupo de trabalho em junho de 2011, tendo por objetivo “[...] definir e elaborar estratégias de articulação e integração das ações e programas de saúde sob gestão da SAS que fazem interface com a Sesai” (145).

Porém, há esperanças de que a atenção diferenciada aos índios possa sobreviver, apesar das ações contrárias. Elas se baseiam no recém-assinado Decreto Presidencial que regulamenta a “Lei Orgânica da Saúde”. Diz o texto que “a população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, [...]” (147).

Portanto, renovar a crença na manutenção da atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas esta amparada pela legislação recém-implantada. Mas, para assegurar a manutenção do SSI faz-se necessário, conforme acreditamos ter demonstrado em nosso trabalho, lançar mão dos pressupostos oferecidos pelo instrumental bioético.

No entanto, sabemos que os únicos atos oficiais referentes à bioética hoje disponível na legislação setorial estão vinculados à pesquisa, como as resoluções nº 196 (16) e a nº 304 (73) do CNS. Resoluções estas criadas no bojo do movimento que iniciou no Brasil as discussões sobre a temática bioética. Inclusive responsáveis também pela vinculação da bioética aos temas da saúde pública e com o movimento pela reforma sanitária.

O envolvimento dos bioeticistas no debate de temas sanitários e sociais teve seu ponto alto com a realização, no Brasil, do Congresso Mundial de Bioética. Ponto de inflexão de um processo que amadurecia em diversos países, com destaque para os da América Latina. Este Congresso teve como tema “Bioética, Poder e Injustiça” e propiciou a politização definitiva da discussão do campo bioético (70).

Esta movimentação por uma bioética comprometida socialmente em contraposição a uma bioética tecnicizada tem, no Brasil, correntes de importância internacional, como as bioéticas da intervenção e da proteção. Esta mobilização culminou na criação da Rede Latino-Americana de Bioética, e em seguida levou a participação ativa dos pesquisadores da região na construção da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco (18).

Nesta Declaração, encontramos os argumentos que balizaram nossa discussão no presente trabalho. Assim, destacamos os artigos 12 e 18 que dizem respeito às diferenças culturais e à pluralidade como no art. 12º: “Deve ser tomada em devida conta a importância da diversidade cultural e do pluralismo [...]” e no art. 18º, item 3: “Devem promover-se oportunidades de um debate público pluralista e esclarecido, que permita a expressão de todas as opiniões pertinentes” (18).

Também buscamos argumentos em artigos de pesquisadores vinculados às correntes que enfatizam os aspectos sociais das questões éticas e bioéticas. Estes trabalhos, citados em diferentes momentos da dissertação reforçam, em nosso entendimento, a defesa da especificidade da saúde indígena, principalmente, ao sugerirem a criação de espaços dialógicos para o debate da política de atenção e os riscos inerentes a estes processos como defende Olivé, por exemplo (111).

Esta imersão no contexto bioético permitiu concluir que defender o debate plural e as diferenças é estar em consonância com o compromisso assumido quando o Brasil referendou a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Assim, criar as condições para o diálogo e a pluralidade no setor saúde e especificamente na área indígena é de responsabilidade dos gestores públicos, mas também da intervenção e mobilização dos índios e dos simpatizantes da “causa indígena” que pode ser implementado com os instrumentos disponibilizados pela bioética.

Desta forma, sugerimos neste trabalho a criação de um comitê de bioética no âmbito do Ministério da Saúde. Este espaço de discussão democrático e plural será útil para acompanhar as políticas públicas setoriais e, especialmente, garantir a

atenção diferenciada para a saúde indígena. Será também a contribuição da bioética para o respeito às diferenças, em construção pelo modelo alternativo de assistência, o SSI, mas também necessária em outras políticas setoriais.

Esta solução poderia evitar que no início do século XXI se reproduzam políticas integracionistas das populações indígenas, diluidoras das suas especificidades, superadas com a Constituição de 1988. Esta prática assimilacionista, particularmente na esfera da saúde, teve resultados desabonadores com sérias consequências para os povos indígenas.

Portanto, ao finalizar esta dissertação esperamos ter contribuído com argumentos bioéticos para a defesa e aprofundamento da política de saúde indígena centrada no sistema diferenciado de atenção, pois caminhar na direção oposta é estar a serviço de uma biopolítica anti-indígena.

REFERÊNCIAS

- 1 SANTOS, Boaventura de S. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: _____. (org.). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- 2 IGLESIAS, Francisco. Encontro de duas culturas: América e Europa. *Estudos Avançados*. [online], v.6, n.14, p. 23-37,1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010-340141992000100003&lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2011.
- 3 BRASIL. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Povos indígenas: índios do Brasil. [Portal] *Povos Indígenas: Fundação Nacional do Índio*, Brasília, [201-]. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/indios/500anos.html#SER_INDIO>. Acesso em: 7 mar. 2012.
- 4 RIBEIRO, Darcy. *O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- 5 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. Censo 2010. [Portal] IBGE, Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 20 nov. 2011.
- 6 BRASIL. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Povos indígenas: índios do Brasil. [Portal] *Povos Indígenas: Fundação Nacional do Índio*, Brasília, [201-]. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/indios/conteudo.htm>>. Acesso em: 7 mar. 2012.
- 7 VERDUM, Ricardo. Povos indígenas no Brasil: o desafio da autonomia. In: VERDUM, Ricardo. (Org.). *Povos Indígenas: constituições e reformas políticas na América Latina*. Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2009.
- 8 BRASIL. *A constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 12 nov. 2011.
- 9 ZART, Ricardo Emilio. *O poder constituinte derivado e a sistemática das emendas constitucionais na constituição federal de 1988*. 2007. 139 f. Dissertação (Mestrado)—Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, jun. 2007. Disponível em:

- <http://www6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=364>. Acesso em: 22 jun. 2011.
- 10 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8., 1986. Brasília. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2011.
 - 11 KRENAK, A. A. G. O., et al. Encontro aponta soluções para a proteção da saúde do índio: conclusões da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, p. 60-61, jan. 1988. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/1cnsi.pdf>>. Disponível em: 25 nov. 2011.
 - 12 BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set.1990. p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 nov. 2011.
 - 13 BRASIL. Lei n. 9836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 24 set. 1999. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm>. Acesso em: 15 nov. 2011.
 - 14 POTTER, Van Ressenlaer. *Bioethics, bridge to the future*. New Jersey: Prentice Hall, 1971.
 - 15 TEALDI, Juan Carlos (Dir.). *Dicionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO – RedLatinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, 2008. Disponível em: <<http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/DicoPartel.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2011.
 - 16 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 outubro de 1996. Contempla norma complementar para a área de Pesquisas em Povos Indígenas. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 201, 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 15 jan 2012.
 - 17 PORTO, Dora; GARRAFA, Volnei. A influência da reforma sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro,

- v. 16, supl. 1, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700002&lng=en>. Acesso em: 15 jan. 2012.
- 18 DECLARAÇÃO universal sobre bioética e direitos humanos. Introdução, tradução e revisão final sob a responsabilidade da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (UnB) e da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB). Tradução de Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado. Revisão de Volnei Garrafa. Biblioteca Virtual em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 2006. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 19 NAÇÕES UNIDAS. Declaração das Nações Unidas sobre os direitos dos povos indígenas. Rio de Janeiro: Nações Unidas, 2008. Disponível em:
<http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_pt.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2012
- 20 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Sistema Único da Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf> 23 fev. 2012>. Acesso em: 15 jan. 2012.
- 21 MILOVIC, Miroslav. Democracia e identidade. In: _____ . (Org.); SPRANDEL, Maia (Org.); COSTA, Alexandre (Org.); NASCIMENTO, Wanderson flor do (Org.). *Sociedade e diferença*. 2. ed. Brasília: Casa das Musas, 2006. v. 1.
- 22 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA. 4., 2006. Rio Quente. *Relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional da Saúde, Fundação Nacional da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1385.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 23 BRASIL. Lei n. 8142 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, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 16 out. 2011.
- 24 YIN, Robert K. *Applications of case study research*. Thousand Oaks: Sage. 2003.
- 25 YIN, Robert K. *Case study research: design and methods*. Newbury Park, CA: Sage. 1994

- 26 PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n.114, p. 179-195, 2001.
- 27 HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1990.
- 28 COSTA, Dina Czeresnia. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, Dez., 1987. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2012.
- 29 SANTOS, R. V.; PEREIRA, N. O. M. Os indígenas nos censos nacionais no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 1627-1627, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/01.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2012.
- 30 OLIVEIRA, T. P. P. O crescimento da presença indígena nos censos nacionais 1991-2000: uma análise da região Nordeste. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 16., 2008, Caxambu, *Anais...* Campinas: ABEP, 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1503.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2012.
- 31 BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *[Portal] Rede Nacional de Estudos e Pesquisa em Saúde dos Povos Indígenas*, Brasília, [2004?]. Disponível em: <http://sis.funasa.gov.br/portal/detalhe_dsei.asp?blnbrasil=true>. Acesso em: 23 fev. 2012.
- 32 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 254/GM, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2 fev. 2002. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_254_2002.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 33 VERANI, C. B. L. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi: Série Antropológica*, Belém, v. 15, n. 2, p. 171-192, dez. 1999.
- 34 BIGIO, Elias dos S. A construção das linhas telegráficas de Mato Grosso ao Amazonas: Rondon e as estratégias de ocupação de fronteiras. *Terras das Águas*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 160-169, 1999.

- 35 GOMES, Mércio Pereira. Por que sou rondoniano. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 23, n. 65, p. 173-191, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v23n65/a13v2365.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2011.
- 36 KEULLER, Adriana T. A. Martins. Revisitando Rondônia: história, memória e ciência. *Histórias, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 641-643, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n2/17.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2011.
- 37 MOTA, Maria Sarita, Cruzando fronteiras: a expedição científica do Instituto Oswaldo Cruz e a expedição do Roncador-Xingu. *IDEAS*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 6-25, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://www.ufrj.br/cpda/ideas/revistas/v01/n01/IDeAS-v01_n01-artigoMARIA_SARITA_MOTA.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2011.
- 38 ROTA BRASIL OESTE. A marcha para o oeste: a maior aventura do século 20. *Rota Brasil Oeste[Site]*, Brasília, 28 nov. 2004. Disponível em: <<http://www.brasiloste.com.br/noticia/1327/a-marcha-para-o-oeste>>. Acesso em: 12 nov. 2011.
- 39 BRASIL. Governo do Rio de Janeiro. Vigilância em Saúde. Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels. Biografia de Noel Nutels. *Portal da Saúde do Rio de Janeiro[Site]*, Rio de Janeiro, 5 abr. 2010a. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/servicos-vigilancia-em-saude/vigilancia-em-saude-laboratorio-central-de-saude-publica-noel-nutels/2483-biografia-noel->>. Acesso em: 13 nov. 2011.
- 40 VILLAS BÔAS, Noel. 50 anos da "República dos Villas Bôas". *Folha de São Paulo*, São Paulo, 15 abr. 2011. Caderno Opinião.
- 41 BORGES, Durval R. *Rio Araguaia corpo e alma*. São Paulo: Ibrasa, 1987.
- 42 NERY, Tito Cesar dos Santos; GUZZARDI, Armando; SELLERA, Paulo Eduardo Guedes (Coord). *Saúde indígena: 1º curso de atenção terciária*. São Paulo: Limiar, 2005.
- 43 FREIRE, Carlos Augusto da Rocha. O Serviço de Proteção aos Índios (SPI). *[Portal] Rede da memória Virtual Brasileira*, Rio de Janeiro, [2008-]. Disponível em: <<http://bndigital.bn.br/redememoria/spi.html>>. Acesso em: 10 dez. 2011.
- 44 BRASIL. Lei n. 5.371, 5 de dezembro de 1967. Autoriza a instituição da "Fundação Nacional do Índio" e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 dez. 1967. Disponível em:

- <http://www.funai.gov.br/quem/legislacao/criacao_funai.htm>. Acesso em: 7 jun. 2011.
- 45 BRASIL. Decreto-Lei nº 314, de 13 de Março de 1967. Define os crimes contra a segurança nacional, a ordem política e social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 mar. 1967. Seção 1 p. 2993. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-314-13-marco-1967-366980-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 23 fev. 2012.
- 46 BRASIL. Lei n. 6001 de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. *Diário Oficial da União*, Brasília, 21 dez. 1973. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direitos-Humanos-no-Brasil/estatuto-do-indio-lei-no-6001-1973.html>>. Acesso em: 15 jul. 2011.
- 47 INSTITUTO SÓCIO AMBIENTAL. *Povos indígenas no Brasil [site]: Direitos*. [São Paulo, Brasília, Manaus], 1997-2011a. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/c/direitos/estatuto-do-Indio/introducao>>. Acesso em: 15 jul. 2011.
- 48 GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde indígena no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
- 49 GARNELO, L. Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período de 1990 a 2004. *Documento de Trabalho nº 9*, Porto Velho, Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia, Universidade Federal de Rondônia, 2004. Disponível em: <<http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc9.pdf>> Acesso em: 23 fev. 2012.
- 50 RAMOS, Alcida R. O papel político das epidemias: o caso Yanomami. In: simpósio "Povos Indígenas em Risco de Extinção" do Congresso Internacional de Ciências Antropológicas e Etnológicas, 13., 1993, México. *Resumens/Abstract...* México: Union Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas, 1993.
- 51 MAGALHÃES, Edgard Dias. *O Estado e a saúde indígena: a experiência do distrito sanitário Yanomami*. 2001. 187 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/15_D.pdf>. Acesso em 15 nov. 2011.
- 52 BRASIL. Decreto n. 23, de 4 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 fev. 1991a. Disponível em:

- <<http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/legislacao/id1867.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 53 BRASIL. Decreto n. 100, de 16 de abril de 1991. Institui a Fundação Nacional de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 17 abr. 1991. Disponível em: <<http://www.domtotal.com/direito/pagina/detalhe/7212/decreto-no-100-de-16-de-abril-de-1991.>>. Acesso em: 16 nov. 2011.
- 54 BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *A visão da Funasa*. Brasília: Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde, 2006.
- 55 BORGES, J. L.; OLIVEIRA, W. D. Política de saúde indígena: uma análise sócio-jurídica. *Dominium*, Natal, v. 1, p. 01-13, 2010. Disponível em: <http://webserver.falnatal.com.br/revista_nova/a8_v1/artigo%20_Juliano_Luis.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2012
- 56 TEIXEIRA, Carla Costa. Fundação Nacional de Saúde. A política brasileira de saúde indígena vista através de um museu. *Etnográfica*, Lisboa, v. 12, n. 2, p. 323-351, Nov. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/etn/v12n2/v12n2a03.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.
- 57 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 11, de 31 outubro de 1991. Instituir as Comissões Intersetoriais Nacionais, integrantes do Conselho Nacional de Saúde, *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 241, 12 dez. 1991. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_91.htm>. Acesso em: 25 fev. 2012.
- 58 BRASIL. Decreto n. 4.727, de 9 de junho de 2003. Aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 jun. 2003. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=224201>>. Acesso em 15 nov. 2011.
- 59 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 69/GM, de 20 de janeiro de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado a FUNASA e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 jan. 2004. Disponível em: <<http://redefunasa/legislação/Portarias-Ministeriais>>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 60 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 70/GM, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 jan. 2004. Disponível em: <<http://redefunasa/legislação/Portarias-Ministeriais>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

- 61 BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Portaria n. 573, de 10 de novembro de 2004. Aprova a estrutura organizacional da UGP – Funasa do Projeto Vigisus II, Componentes II – Saúde Indígena. *Diário Oficial da União*, Brasília, 12 nov. 2004. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legislacao/portariasFunasa/Port_573_2004.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 62 VIEIRA, Juliane Brenner; VERDI, Marta Inês Machado. Interfaces entre saúde coletiva e bioética a partir de um estudo da publicação de autores vinculados à pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil. *Interface*, Botucatu, v. 15, n. 36, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov.2011.
- 63 TEALDI, Juan Carlos. Os princípios de Georgetown: análise crítica. In: GARRAFA, V. (Org.); KOTTOW, M. (Org.); SAADA, A. (Org.). *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia/Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2006.
- 64 PRINCIPIALISMO. In: INSTITUTO DE FILOSOFIA DA LINGUAGEM; FUNDAÇÃO PARA A CIÊNCIA E A TECNOLOGIA. Dicionário de Filosofia Moral e Política [on-line]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2006. Disponível em: <<http://www.ifl.pt/private/admin/ficheiros/uploads/b326e140e0b89f4f15c9f84c5c31e5b8.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 65 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 1 de 1988. Aprovar as normas de pesquisa em saúde. Republicada por ter saído com incorreções do original. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 10.713-10.718 14 jun. 1988. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_88.htm>. Acesso em: 24 fev. 2012.
- 66 GARRAFA, Volnei. Radiografia bioética de Brasil. *Acta bioethica*, Santiago, v. 6, n. 1, p. 165-181, Jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Ago. 2011.
- 67 BRASIL. Ministério da Saúde. [Portal] *Conselho Nacional de Saúde: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa: Atribuições*, Brasília, 2007. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/conep/atribuicoes.html>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 68 CENTRO DE BIOÉTICA CREMESP. *Bioética no Brasil: iniciativas institucionais*. [Portal] Centro de Bioética CREMESP, São Paulo, [2001-2011]. Disponível em:

- <<http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=BioeticaBrasilIntegra&id=16>>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 69 MONTAGNER, Maria Inez; MONTAGNER, Miguel Ângelo. A teoria geral dos campos de Pierre Bourdieu: uma leitura. *Tempus*, Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 5, n. 2, p. 255-273, 2011. Disponível em:<<http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/979/919>>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 70 GARRAFA, V. Breve histórico sobre a gênese e a consolidação da bioética. *Pré-Univesp*, revista digital de apoio ao estudante universitário, São Paulo, 15 nov. 2010. Disponível em: <<http://www.univesp.ensinosuperior.sp.gov.br/preunivesp/801>>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 71 SAADA, Alya. Prólogo. In: TEALDI, Juan Carlos (Dir.). *Dicionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, 2008. Disponível em: <<http://www.unesco.org/uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/DicoPartel.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 72 SCHRAMM, Fermin Roland, Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Bioética*, Brasília, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/52/55>. Acesso em: 25 nov. 2011.
- 73 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 304, de 9 de agosto de 2000. Contempla norma complementar para a área de Pesquisas em Povos Indígenas. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 ago. 2000.
- 74 NASCIMENTO, Wanderson Flor do; GARRAFA, Volnei. Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 dez. 2011.
- 75 VILELA, Rita Amélia Teixeira; NOACK-NAPOLES, Juliane. Hermenêutica objetiva e sua apropriação na pesquisa empírica na área de educação. *Linhas Críticas*, Brasília, v. 16, n. 31, p. 305-326, jul./dez. 2010. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=193517492007>. ISSN 1516-4896>. Acesso em: 15 jan. 2012.
- 76 GOULART, Clóvis de Souto. O poder constituinte originário: formas de manifestação. *Sequência: estudos jurídicos e políticos*, Santa Catarina, v. 6, n.

- 11, p. 13-19, dez. 1985. Disponível em:
<<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/16640/15213>>.
Acesso em: 15 nov. 2011.
- 77 BLANCARTE PIMENTEL, Roberto J. *El Estado laico*. México: Nostra Ediciones, 2008. (Para Entender).
- 78 BASTOS, Celso Ribeiro. *Curso de direito constitucional*. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 1996. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/8519/brasil-estado-laico-e-a-inconstitucionalidade-da-existencia-de-simbolos-religiosos-em-predios-publicos>>. Acesso em: 16 ago. 2011.
- 79 CAPOZZOLI, Ulisses. Tributo a um chefe indígena. *Observatório da Imprensa*, São Paulo, [2001-?]. Disponível em:
<<http://www.observatoriodaimprensa.com.br/artigos/mem070820021.htm>>.
Acesso em: 25 fev. 2012.
- 80 ARAÚJO, Ana Valéria. *Povos indígenas e a lei dos "brancos": o direito à diferença*. Brasília: UNESCO, 2006. 203 p. (Coleção educação para todos ;14).
- 81 LANGDON, E. J.; MALUF, S.; TORNQUIST, C. S. Ética e política na pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados. In: GUERRIERO, Iara Coelho Zito (Org.); SCHIMIDT, Maria L. S. (Org.); ZICKER, Fábio (Org.). *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 128-147. (Saúde em debate ;188).
- 82 LÉVINAS, E. *Totalidade e infinito*. Trad. José Pinto Ribeiro. Lisboa: Edições 70, 1988.
- 83 JUNGES, Márcia. Lévinas e Derrida: pensamentos da alteridade “ab-soluta”: Proximidades e diferenças entre a obra dos dois filósofos, cujo “rastros incandescentes de seus pensamentos” continua atual, são analisadas por Fernanda Bernardo, da Universidade de Coimbra. *Revista do Instituto Humanitas da Unisinos*, São Leopoldo, a. 8, n. 277, 14 out. 2008. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2230&secao=277>. Acesso em: 10 dez. 2011.
- 84 OLIVÉ, Leon, (Comp.). *Ética y diversidad cultural*. México:Fondo de Cultura Económica, 2004.
- 85 ORGANIZAÇÃO MÁRIO JURUNA PELOS ÍNDIOS. [Portal] *Organização Mário Juruna pelos Índios*, Goiás, [2000-]. Disponível em:
<<http://www.mariojuruna.org.br/mariojuruna.asp>>. Acesso em: 25 fev. 2012.

- 86 PEREIRA, Deborah M. Duprat de Britto. O estado pluriétnico. In: LIMA, Antônio Carlos de Souza; BARROSO-HOFFMANN, Maria (Orgs.). *Além da tutela: bases para uma nova política indigenista*. Rio de Janeiro: LACED, 2002.
- 87 BRASIL. Decreto n. 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 ago. 1999. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 88 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas*. Brasília: CONASS, 2009.
- 89 INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES; CENTRO BRASILEIRO DE ANALISE E PLANEJAMENTO. *Diagnóstico situacional do subsistema de saúde indígena: relatório inicial*. [s. l.]: Consórcio IDS-SSL-Cebrap, Abr. 2009. Anexos, Parte 1. p. 16.
- 90 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 9., 1992. Brasília. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, ago. 1992. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/9_CNS_Relatorio%20Final%20Caderno%2001.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2011.
- 91 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA OS POVOS INDÍGENAS. 2., 1993. Luziânia. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/2cnsi.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2011.
- 92 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1163/GM, de 14 de setembro de 1999. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 set. 1999. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_1163_1999.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 93 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 305, de 14 de setembro de 2000. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 194, p. 17, 6 out. 2000. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2000/Reso305.doc>. Acesso em 15 nov. 2011.
- 94 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA. 3., 2001. Luziânia. *Regimento*. [Portal] Rede Brasileira de Informação e Documentação sobre Infância e Adolescência, Curitiba, 2001a. Disponível em:

- <http://www.rebidia.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=446>
. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 95 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA. 3., 2001. Luziânia.
Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em:
<<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/3cnsi.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 96 BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em:
<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>.
Acesso em: 15 nov. 2011.
- 97 FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Bioeticistas brasileiros e os princípios da universalidade e da integralidade no SUS. *Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 6, dez. 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2011.
- 98 BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena*/Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2009.
- 99 LORENZO, C. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. *Bioética*, Brasília, v.19, n.2, set. 2011. Disponível em:
<http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/631>.
Acesso em: 16 Dez. 2011.
- 100 BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Medicina tradicional indígena em contextos: anais da I Reunião de Monitoramento*. Brasília: Funasa, 2007.
- 101 BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Projeto Vigisus: área técnica: subcomponente II: medicina tradicional indígena. *[Portal] Fundação Nacional de Saúde*, FUNASA, Brasília, [2000- 2010]. Disponível em:
<http://www.funasa.gov.br/internet/vigSubII_medInd.asp>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 102 SEMINÁRIO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EM SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS. 2004. Brasília. *Relatório Final*, Brasília, nov. 2004. Disponível em:
<http://sis.funasa.gov.br/portal/pesquisa_biblioteca.asp?txtTitulo=&blnResultado=true>. Acesso em: 15 nov. 2011.

- 103 BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. O que é Renisi? [Portal] *Rede Nacional de Estudos e Pesquisa em Saúde dos Povos Indígenas*, Brasília, [2004?]. Disponível em: <<http://sis.funasa.gov.br/portal/renisi.asp>>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 104 NEUMANN, Zilda Ams (Coord). *Memória da comissão intersectorial de saúde indígena Cisi/CNS 2000–2006*. Brasília: Universidade de Brasília, 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cisi/doc/memoria_cisi.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 105 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 963, de 23 de junho de 2005. Convoca a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 jun. 2005. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/Port_963_2005.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 106 FÓRUM DE ENTIDADES DE DIREITOS HUMANOS. Nota publica sobre a IV Conferência Nacional de Saúde. [Portal] *Fórum de Entidades de Direitos Humanos*: Biblioteca: Arquivo de notícias: Direito dos Indígenas, [S. l.], 10 abr. 2006. Disponível em: <http://www.direitos.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=1193&Itemid=2>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 107 MORAES, Paulo Daniel. O DNIT da Saúde Indígena. *Revista Sina*, Cuiabá. 8 ago. 2011. Disponível em: <<http://www.revistasina.com.br/portal/opiniao/item/2142-o-dnit-da-sa%C3%BAde-ind%C3%ADgena>>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 108 BERNARDES, Anita Guazzelli. Saúde indígena e políticas públicas: alteridade e estado de exceção. *Interface* [online], Botucatu, v. 15, n. 36, p. 153-164, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100012>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 109 DERRIDA, J. Adeus a Emmanuel Lévinas. São Paulo: Perspectiva, 2004.
- 110 KOTTOW, M. Bioética prescritiva: a falácia naturalista: o conceito de princípios na bioética. In: GARRAFA, V. (Org.); KOTTOW, M. (Org.); SAADA, A. (Org.). *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia/Fundo das Nações Unidas para a Infância: 2006. p. 25-44.
- 111 OLIVÉ, L. Epistemologia na ética e nas éticas aplicadas. In: GARRAFA, V. (Org.); KOTTOW, M. (Org.); SAADA, A. (Org.). *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia/Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2006. p. 121-139.

- 112 GARRAFA, Volnei; MENEGHEL, Stela Nazareth; SELLI, Lucilda. Bioética, solidariedade, voluntariado e saúde coletiva: notas para discussão. *Bioética*, Brasília, v. 3, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/files/anexos/32313-38735-1-PB.pdf1>>. Acesso em: 21 nov. 2011.
- 113 HABERMAS, Jürgen. Sobre a legitimação pelos direitos humanos. In: MERLE, Jean-Christophe. *Direito e legitimidade*. São Paulo: Editora, 2003.
- 114 GAUDENZI, Paula; SCHRAMM, Fermin Roland. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em saúde pública. *Interface*, Botucatu, v. 14, n. 33, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2011.
- 115 CRUZ, M., OLIVEIRA, S., PORTILLO, J. A Declaração Universal sobre bioética e direitos humanos: contribuições ao Estado brasileiro. *Bioética*, Brasília, v. 18, n. 1, jun. 2010. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/538/524>. Acesso em: 11 jan. 2012.
- 116 INSTITUTO SÓCIO AMBIENTAL. *Povos indígenas no Brasil [site]: políticas indigenistas*. [São Paulo, Brasília, Manaus], 1997-2011c. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/c/direitos/internacional/declaracao-da-onu-sobre-direitos-dos-povos-indigenas>>. Acesso em: 25 fev. 2012.
- 117 A MILIONÁRIA TV da Funasa. *Correio Braziliense*, Brasília, 13 mar. 2007. Disponível em: <<http://www.amazonia.org.br/noticias/print.cfm?id=237288>>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 118 SACERDOTE, Juliane. TCU suspende contrato de implantação da TV Funasa. *Agência Brasil*: Empresa Brasil de Comunicação, Brasília, 4 abr. 2007. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2007-04-05/tcu-suspende-contrato-de-implantacao-da-tv-funasa>>. Acesso em 15 nov. 2011.
- 119 SIQUEIRA, Daniele; RONDON, José Eduardo. ONGs e índios culpam Funasa por epidemias. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 5 fev. 2006. Disponível em: <http://www.direitos.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=911&Itemid=2>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 120 TRINDADE, Priscila. PF prende três por desvio de R\$ 6 milhões da Funasa. *Estadão.com.br*, São Paulo, 11 abr. 2011. Política. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/nacional,pf-prende-tres-por-desvio-de-r-6-milhoes-da-funasa,704711,0.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

- 121 MP investiga mau uso de verba para saúde indígena por fundação ligada à UnB. *Globo online*, Rio de Janeiro, mar. 2008. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/pais/mat/2008/03/20/mp_investiga_mau_uso_de_verba_para_saude_indigena_por_fundacao_ligada_unb-426330699.asp>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 122 BRASIL. Presidência da República. Controladoria-Geral da União. Secretaria Federal de Controle Interno. *Relatório de auditoria anual de contas, realizado de 01/01/2009 a 31/12/2009*. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, set. 2010. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/conhecaFunasa/prestContas/relatorioAuditoria/relatorioAuditoriaAvaliacao_FUNASA_PRESI_2009.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2011.
- 123 BRASIL. EM Interministerial n. 228/MP/MS. Projeto de lei 3.958/2008. Altera a Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, cria secretaria na estrutura do Ministério da Saúde e cria cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores, destinados ao Ministério da Saúde. [*Portal Planalto.gov.br*, Brasília, 29 ago. 2008. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/595198.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2011.
- 124 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.656 de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 201, 18 out. 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria2656_17_10_07_si.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2012.
- 125 TEIXEIRA, Carla C. Autonomia em saúde indígena: sobre o que estamos falando? *Anuário Antropológico*, Rio de Janeiro, jun. 2010.
- 126 BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Orientações para o processo de pactuação dos incentivos de atenção básica e especializada à saúde dos povos indígenas: criados pela portaria GM/MS nº. 2.656/2007*. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/perguntas_respostas_processo_pactuacao.pdf>. Acesso em 25 fev. 2012.
- 127 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.922 de 11 de setembro de 2008. Cria Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas. *Diário*

Oficial da União, Brasília, n. 177, 12 set. 2008. Seção 1. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-1922.htm>>. Acesso em: 16 ago. 2011.

- 128 AUGUSTO, Luciano. Denúncias na Funasa: Lustosa acusa Eunício de maquinação e manobras. [Portal] *Ceará Agora*, Fortaleza, 27 nov. 2008. Disponível em: <<http://www.cearaagora.com.br/noticias/politica/denuncias-na-funasa-lustosa-acusa-eunicio-de-maquinacao-e-manobras>>. Acesso em: 16 nov. 2011.
- 129 FORMENT, Lígia. Temporão acusa Funasa de ser corrupta. *Estadão.com.br*, São Paulo, 12 nov. 2008. Notícias. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,temporao-acusa-funasa-de-ser-corrupta,276744,0.htm>>. Acesso em: 16 nov. 2011.
- 130 JUNGBLUT, Cristiane. Líder do PMDB descarta saída de presidente da Funasa, mas Temporão emplaca nova secretária. *Globo.com*, Rio de Janeiro, 18 nov. 2008. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/pais/mat/2008/11/18/lider_do_pmdb_descarta_saida_d_e_presidente_da_funasa_mas_temporao_emplaca_nova_secretaria-586445120.asp>. Acesso em: 16 nov. 2011.
- 131 AGENCIA BRASIL. Saúde indígena sairá da Funasa com criação de secretária. *Estadão.com.br*, São Paulo, 16 dez. 2008. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/nacional,saude-indigena-saira-da-funasa-com-criacao-de-secretaria,294914,0.htm>>. Acesso em: 16 nov. 2011.
- 132 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.034, de 17 de dezembro de 2008. Cria Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde, no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 246, p. 98, 18 dez. 2008. Seção 1. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-3034.htm>>. Acesso em: 16 nov. 2011.
- 133 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.035, de 17 de dezembro de 2008. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 246, p. 33, 18 dez. 2008. Seção 2. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-3035.htm>>. Acesso em: 16 nov. 2011.
- 134 BRASIL. Decreto n. 6.878, de 18 de junho de 2009. Altera e acresce artigo ao Anexo I do Decreto no 4.727, de 9 de junho de 2003, que aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde -FUNASA, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 jun. 2009. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/decreto6878_18_06_09.pdf>.
Acesso em: 16 nov. 2011.

- 135 MARIZ, Renata. Nova secretaria de saúde indígena esvazia Funasa. *Correio Brasiliense*, Brasília, 26 mar. 2010. Capa. Disponível em: <http://www.correiobrasiliense.com.br/app/noticia/brasil/2010/03/26/interna_brasil,182081/nova-secretaria-de-saude-indigena-esvazia-funasa.shtml>. Acesso em: 16 nov. 2011.
- 136 BRASIL. Decreto n. 7530 de 21 de julho de 2011. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 jul. 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7530.htm#art8>. Acesso em: 16 nov. 2011.
- 137 CHUTORIANSCY, Daniel. Conferências de saúde? Para quê? *Correio da Cidadania* [online], São Paulo, 26 out. 2011. Disponível em: <http://www.correiocidadania.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=6456:submanchete261011&catid=72:imagens-rolantes>. Acesso em 16 nov. 2011.
- 138 ALVES, Sônia Lucia dos Reis; GONÇALVES, Lídia Nunes; CORDÓN, Jorge. Responsabilidade sanitária: a bioética como instrumento de pactuação social. *Bioética*, Brasília, v. 13, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.buscalegis.ufsc.br/revistas/files/anexos/32313-38735-1-PB.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2011.
- 139 ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL. Lula assina medida provisória que cria secretaria especial de saúde indígena. [Site] Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, Manaus, 25 mar. 2011. Disponível em: <<http://www.coiab.com.br/coiab.php?dest=show&back=noticia&id=632&tipo=N&pagina=6>>. Acesso em: 16 nov. 2011.
- 140 BRASIL. Lei nº 12.314 de 19 agosto de 2010. Altera as Leis 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios 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*, Poder Executivo, Brasília, 20 ago. 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12314.htm>. Acesso em: 26 fev. 2012.
- 141 BRASIL. Decreto n. 7336 de 19 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções

Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 out. 2010. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7336.htm>.
Acesso em: 16 nov. 2011.

142 BRASIL. Decreto n. 7461, de 18 de abril de 2011. Dá nova redação ao caput do art. 6o do Decreto no 7.336, de 19 de outubro de 2010, para prorrogar o prazo de efetivação da transição da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde para o Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19.abr. 2011. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7461.htm>.
Acesso em: 26 fev. 2012.

143 AMARAL, Valéria. Transição de saúde indígena é prorrogada para finalizar concorrência pública de prestação de serviços. *Portal da Saúde* [online], Brasília, 19 abr. 2011. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12470>. Acesso em: 16 nov. 2011.

144 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 483, de 18 de março de 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 54, p. 53, 21 mar. 2011. Seção 1. Disponível em:
<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107564-483.html>>. Acesso em: 16 nov. 2011.

145 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta n. 1, de 3 de junho de 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 35, 6 jun. 2011d. Seção 1. Disponível em:
<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/poc0001_03_06_2011.html>. Acesso em: 16 jun. 2011.

146 FEITOSA, Saulo Ferreira et al . Bioethics, culture and infanticide in Brazilian indigenous communities: the Zuruahá case. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26,n. 5, p. 861, maio 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2012.

147 BRASIL. Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 1, 29 jun. 2011. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>.
Acesso em: 16 nov. 2011.