

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
PUC-SP

Luiz Otávio dos Santos Pereira

Política de Saúde para às Populações Indígenas no Brasil: Continuidades e  
Descontinuidades. 1986-2013

Mestrado em Ciências Sociais

São Paulo

2014

Luiz Otávio dos Santos Pereira

Política de Saúde para às Populações Indígenas no Brasil: Continuidades e  
Descontinuidades. 1986-2013

Mestrado em Ciências Sociais

Tese apresentada à Banca Examinadora  
da Pontifícia Universidade Católica de  
São Paulo, como exigência parcial para  
obtenção do título de Mestre em Ciências  
Sociais sob a orientação do Prof. Dr.  
Edison Nunes

São Paulo

2014

Banca Examinadora

---

---

---

---

---

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Local e Data: \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha família, aos meus pais José Luiz e Neide pela ajuda, sobretudo a minha mãe pelo apoio incondicional, pelo investimento, pelo estímulo, pela confiança depositada e por todos os sacrifícios.

Aos meus irmãos Jose Luiz e Luiz Fernando pelo apoio, incentivo, amizade, motivação, preocupação, e por nunca ter faltado ajuda em momentos de necessidade.

Ao professor Doutor Edison Nunes na orientação do mestrado, pela confiança, pelo conhecimento transmitido, pela ajuda inestimável e pela paciência inesgotável.

Ao professor Doutor Rinaldo Sérgio Arruda que me ajudou na fase inicial dessa pesquisa.

Aos professores Doutores Carmem Junqueira e Emmanuel S. N. de Oliveira Jr, pelas importantes críticas, sugestões e contribuições feitas na Banca de Qualificação.

A todos os professores do programa de pós-graduação em Ciências Sociais da PUC, sobretudo aos que ministraram as disciplinas que tive o prazer de cursar, das quais obtive conhecimentos que contribuíram para o desenvolvimento dessa dissertação e para o meu desenvolvimento acadêmico.

Aos meus caros amigos Marcelo e Fernanda pela amizade e pela paciência de me ouvir falar do desenvolvimento dessa dissertação, e de seu tema, inúmeras vezes.

Por fim, a todos que minha memória falha em mencionar por hora, mas que me ajudaram de forma direta ou indireta, meus sinceros agradecimentos.

## **Resumo:**

Essa dissertação propõe uma análise da Política de Saúde para as Populações Indígenas no Brasil, do período entre 1986 e 2013, tendo como base as teorias de políticas públicas desenvolvidas pela Ciência Política, em particular o ACF( Advocacy Coalition Framework) desenvolvido por Jenkins-Smith e Sabatier.

Observamos que essa política pública nasce devido a um contexto mais amplo de transformações da natureza da cidadania, que compele a uma nova forma de se formular políticas públicas que lidam com a diversidade, que passa a conciliar o princípio da igualdade com o respeito a diferença. E demonstramos como o Estado brasileiro busca nessa política a conciliação entre o direito à saúde e os direitos culturais, ou seja, entre o universalismo e o particularismo, tratando dos dilemas inevitáveis que esta questão acarreta.

No entanto, destacamos que na política de saúde indígena ocorre uma frequência incomum de descontinuidades. Identificamos que, entre a consolidação da base ideológica dessa política pública em 1986 e o atual momento de 2013, ocorre uma série de reconfigurações institucionais e reestruturações do modelo de atenção. As quatro principais mudanças foram: em 1991, quando responsabilidade da saúde indígena é transferida para a FUNASA (Fundação Nacional de Saúde); em 1994, quando ocorre o retorno parcial da saúde indígena para a FUNAI(Fundação Nacional do Índio);em 1999, com a Lei Arouca que devolve a integralidade da responsabilidade da saúde indígena para a FUNASA; e em 2008, quando é criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena.

Essa pesquisa propõe responder quais foram os fatores que causaram o quadro geral de instabilidade institucional e das mudanças identificadas; adota como hipótese central que a causa das mudanças, e conseqüentemente, da instabilidade, foi a disputa entre as coalizões que se estruturam em torno de um conjunto de divergentes ideias que formam a base normativa da política de saúde indígena.

Assim demonstramos quais são as coalizões, como nascem, em torno de quais ideias se estruturam, como interagem e causam mudanças na política de saúde indígena, usando a estrutura de oportunidade que possibilita a ruptura da estabilidade e mudança do status quo.

Palavras Chaves: politica de saúde indígena no Brasil, políticas de saúde, política indigenista, *Advocacy Coalition Framework*

## **Abstract:**

This dissertation proposes an analysis of the Health Policy for Indigenous People of Brazil, in the period between 1986 and 2013, with basis in the theories of policy studies developed by the Political Science, in special the ACF( Advocacy Coalition Framework) developed by Jenkins-Smith and Sabatier.

We observe that this policy born due to an amplest context of transformations of citizenship nature, that compels to a new way to formulate policies that handle with diversity, that start to conciliate the principle of equality with the respect to difference. And we demonstrate how the Brazilian State search in this policy the conciliation between the health right and the cultural rights, with mean, between the principles of universalism and particularism, dealing with the unavoidable set of dilemmas that this matter causes.

However, we highlight that in this health policy occur an uncommon frequency of discontinuities. We identify that between the consolidation of the ideational basis of this policy in 1986 and the present period of 2013; occur an sequence of institutional reconfigurations and restructuration of the attention model. The four main changes are: in 1991, when the responsibility of the indigenous health was transferred to FUNASA( National Foundation of Health); in1994, when occur the partial return of the indigenous health to FUNAI( National Foundation of Indian); in 1999, with the Arouca's Law that give back the integrity of the indigenous health responsibility to FUNASA; in 2008, when was create the Especial Secretary of Indigenous Health.

This research propose to answer what was the factors that causes the general picture of the institutional instability and the identified changes; and adopt as main hypothesis that the sources of the changes and consequentially of the instability, was the competition between the coalitions that structure themselves around of a divergent set of ideas, that constitute the normative basis of the health policy for indigenous peoples.

That way shows with are the coalitions, how they born, around of what ideas they are structured, how they interact, and how make changes in the policy health to indigenous peoples, using the opportunity structure, that opens the possibilities to break the stability and change the *status quo*.



Key Words: health policy to indigenous people in Brazil, health policy, indigenous policy, Advocacy Coalition Framework.

## Sumário

Lista de Abreviaturas	11
Introdução	15
1.Transformacoes da Cidadania	27
1.1.Cidadania, Igualdade e Diferença	27
1.2.Cidadania no Brasil	37
1.2.1 Cidadania Regulada	38
1.2.2 Cidadania após a Constituição de 1988	43
1.3. Cidadania Indígena	44
2. Reforma Sanitária	56
2.1 Regime Internacional	56
2.2 Movimento Sanitário	59
3.Politica de Saúde para as Populações Indígenas	65
3.1 Formação de uma nova política de saúde indígena 1986- 1994	65
3.2. Comissão Intersetorial 1994-1999	80
3.3 Lei Arouca 1999-2008	86
3.4. Transferência para a SESAI 2008-2013	109
Conclusão	115
Documentos	122
Bibliografia	124

## Lista de Abreviaturas

ABRASCO- Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACF- *Advocay Coalition Framework*

AGU- Advocacia Geral da União

AIS- Agentes Indígenas de Saúde

AISAN- Agentes Indígenas de Saneamento

CEBES- Centro Brasileiro de Estudo em Saúde

CGU- Controladoria Geral da União

CIMI- Conselho Indigenista Missionário

CISI- Comissão Intersetorial de Saúde Indígena

CNPI- Conselho Nacional de Política Indigenista

CNPSI- Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CONASP- Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

CONDISI- Conselho Distrital de Saúde Indígena

CORE- Coordenações Regionais

COSAI- Coordenação de Saúde Indígena

CPI- Comissão Parlamentar de Inquérito

CUT- Central Única dos Trabalhadores

DESAI- Departamento de Saúde Indígena

DMP- Departamento de Medicina Preventiva

DSEI- Distrito Sanitário Especial Indígena

EMs- Equipes Multidisciplinares

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

FUNASA- Fundação Nacional de Saúde

FUNAI- Fundação Nacional do Índio

FSESP- Fundação Serviços de Saúde Pública

GT- Grupo de Trabalho.

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IN/STN- Instrução Normativa/ Secretaria do Tesouro Nacional

MPU- Ministério Público da União

MPF- Ministério Público Federal

MPT- Ministério Público do Trabalho

MPOG- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

MS- Ministério da Saúde

NISI- Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena

OIT- Organização Internacional do Trabalho

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONG- Organização não-governamental

ONU- Organização das Nações Unidas

OPAS- Organização Pan-americana de Saúde

PIASI- Programa Integral de Atenção à Saúde do Índio

SAES- Secretaria de Atenção à Saúde

SAP- Secretaria de Atenção Primária

SAS - Secretaria de Assistência à Saúde

SEMAG- Secretaria de Macroavaliação Governamental

SESAI- Secretaria Especial de Saúde Indígena

SGEP- Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SNABS- Secretaria Nacional de Ações básicas de Saúde

SNEPS- Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde

SPI- Serviço de Proteção ao Índio

SUCAM- Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS- Sistema Único de Saúde

SVS- Secretaria de Vigilância Sanitária

TAC- Termo de Ajustamento de Conduta

TCU- Tribunal de Contas da União

UNI- União das Nações Indígenas

VIGISUS- Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

“A história das nossas relações com os índios é, em grande parte, uma crônica de chacinas e, sobretudo, de epidemias” - Darcy Ribeiro

## Introdução

A saúde sempre foi um tema sensível nas relações de contato entre as comunidades indígenas e a sociedade nacional, pois no momento em que esses povos entram em contato com os europeus e seus descendentes, numa relação que causou desestruturas de suas condições socioculturais originais, e foi introduzida uma série de doenças das quais o sistema imunológico dos povos indígenas não havia desenvolvido as mesmas resistências, o resultando foi uma alta morbidade e mortalidade. Segundo RIBEIRO (1970), as epidemias disseminadas nessas relações de contato representam o primeiro fator de diminuição das populações indígenas.

Desde 1910 o Estado assume a responsabilidade de instaurar uma política de proteção aos povos indígenas, sendo que desde 1956 essa política inclui a atenção à saúde de forma mais sistemática. Esse modelo é implantado nos próximos 30 anos, sem grandes reconfigurações, apenas mudanças incrementais; mesmo após um rearranjo institucional, que substitui o SPI pela FUNAI, há uma continuidade do modelo de atenção à saúde indígena.

No entanto, uma sequência de inovações e debates emergem nas décadas de 70 e 80, no ambiente nacional e internacional, resultando no cenário em que ao mesmo tempo ocorre o avanço na direção da universalização de direitos sociais no Brasil, também ocorre à disseminação do respeito à diversidade cultural. Esses debates ocorrem junto a um ambiente mais amplo de redemocratização do país, resultando na Constituição de 1988 em que a saúde, se torna um direito universal, ao mesmo tempo em que o Estado abandona a base ideológica assimilacionista, que objetiva a dissolução de culturas diferentes num processo de aculturação, o que se traduz no princípio de que as políticas públicas voltadas a povos indígenas não se estruturam mais em torno do princípio de garantir as condições da transição pacífica para a sociedade nacional, mas pelo direito à cultura própria.

Dessa forma consolida-se o cenário em que há o direito universal à saúde e há a necessidade de adaptar essa universalidade ao particularismo de diferentes culturas. Nesse contexto surge o esforço de construir uma política de saúde para as populações indígenas que ao mesmo tempo em que garante o acesso à saúde, busca garanti-lo de forma equitativa respeitando a diversidade e as especificidades culturais, numa relação multicultural que caminhe em direção à simetria.

Porém, estender a medicina estruturada em um conhecimento biomédico ocidental para comunidades indígenas, naturalmente acaba esbarrando nas formas tradicionais e entendimentos próprios de cada cultura sobre os aspectos relativos às questões de saúde; portanto, os conflitos, contradições e dilemas que esse tema desperta são inesgotáveis. A própria área da Antropologia e da Saúde Coletiva começam a desenvolver na década de 60 um ramo chamado de Antropologia Médica ou etno-medicina, que, entre outras razões, busca dar conta desse desafio e fornecer meios de um entendimento mais antropológico da prática médica.

No conjunto de todos esses dilemas escolhemos tratar, nessa pesquisa, de um subconjunto em particular, muito pouco explorado, que diz respeito ao papel do Estado nesse processo, atuando por meio de políticas públicas. Observar esse ponto de vista particular tem uma importância ao tema da saúde indígena, pois será justamente o Estado o principal agente que dissemina a medicina ocidental entre povos indígenas, por meio de políticas públicas, em uma relação de direitos e deveres entre Estado/cidadão, inserindo também as pessoas indígenas dentro dessa relação. Para tanto o foco teórico dessa pesquisa não reside na Antropologia, nem mesmo na Antropologia Médica, mas na Ciência Política, em especial nas teorias de análise de políticas públicas, para captar essa dimensão do problema, buscando observar a articulação entre instituições, atores e as ideias que estruturam a política de saúde indígena.

Porém, olhando pelo ponto de vista da estabilidade institucional, chama a atenção à frequência das reconfigurações institucionais da política de saúde indígena e reestruturações do seu modelo de atenção. Uma vez que políticas públicas tendem a estabilidade, formando legados que criam rotinas institucionalizadas e procedimentos que direcionam as decisões, podemos diferenciar o processo de mudança em dois tipos: as mudanças frequentes, também chamadas de “mudanças normais”, que ocorrem por meio de um processo incremental de ajuste da formulação à realidade, sem grandes alterações; e as “mudanças atípicas”(Howlett; Ramesh; Perl, 2009, p.203) ou “grandes mudanças”(Sabatier e Jenkins-Smith, 1993), ou ainda “mudanças de paradigma”(Hall, 1989), que seriam as mudanças que alteram o conjunto de ideias no qual se estrutura a política pública. Dessa forma em um espaço de 17 anos detectamos quatro mudanças atípicas que ocorrem em espaços irregulares de tempo: em 1991, em 1994, em 1999 e em 2008



Portanto, a problemática que essa pesquisa propõe responder é: quais foram os fatores que causam o quadro geral de instabilidade institucional da política e das mudanças atípicas identificadas?

Utilizando como hipótese central que a principal causa das mudanças atípicas, conseqüentemente da instabilidade, foi a disputa entre as coalizões que se estruturam em torno de um conjunto de divergentes ideias que formam a base normativa da política de saúde indígena, disputando entre si para efetivar essas ideias.

### **Justificativa**

A pesquisa tem como principal relevância demonstrar os processos e elementos que incidiram na constituição e nas transformações da política de saúde indígena. Ao observar um lado pouco explorado pela literatura da saúde indígena, que é o da análise de políticas públicas, busca complementar a contribuição de outras áreas do conhecimento que já exploram o tema, adicionando um novo conjunto de questões a serem consideradas. Dessa forma, ao partir da Ciência Política, identifica processos, interações e relações de causalidade até então pouco exploradas, assim como evidencia uma importância maior para atores e acontecimentos que são pouco mencionados pelas pesquisas de foco antropológico e de saúde pública.

Há três grandes vantagens ao centrar a análise nos processos de grandes mudanças da política pública: a primeira consiste em explicar a instabilidade da política de saúde indígena e suas relações causais; a segunda é que, ao elencar uma preocupação com os aspectos normativos, pode-se observar como o Estado busca a conciliação entre o universalismo e o particularismo, respeitando a ambos os princípios, assim como busca superar os dilemas inevitáveis da questão; por fim, a terceira vantagem dessa abordagem é que direcionar maior atenção nas mudanças atípicas, que quebram a estabilidade; é uma forma de fazer um levantamento dos principais aspectos, dilemas, transformações, configurações e princípios da política pública.

## **Base teórica e metodológica**

Para fazer uma análise de política de saúde indígena foi feito um levantamento inicial de diversos modelos e teorias de políticas públicas. A opção de adotar um modelo foi feita tendo em vista que os modelos apontam para quais variáveis deve-se dar maior atenção e quais se pode dar menor, ou até mesmo ignorar em um momento inicial, com uma margem relativamente segura; traçando também a relação causal entre as variáveis, dessa forma os modelos ajudam na apreensão e sistematização da realidade complexa.

Entre os modelos consultados, o que melhor respondia ao tema foi o ACF (Advocacy Coalition Framework) desenvolvido por Jenkins-Smith e Sabatier, pois ele nos fornece um modelo atual de análise de políticas públicas bastante desenvolvido e utilizado em diversos contextos nacionais, com foco nos processos de grandes mudanças das políticas públicas, agrupando sistematicamente as variáveis que incidem sobre esse processo, levando em conta tanto as instituições, como os atores e o sistema de ideias em que foi estruturada a política; sendo o modelo revisado conforme foi aplicado em realidades distintas do contexto norte-americano, então alterado e aprimorado para dar conta de diferentes realidades nacionais.

Para uma introdução do modelo, vamos brevemente resgatar o contexto teórico e as influências que incidem sobre ele. Iniciando com o contexto teórico mais amplo da Ciência Política, para depois assinalar as contribuições de determinados autores específicos.

O modelo surge no contexto do neoinstitucionalismo, sua principal influência está no neoinstitucionalismo histórico. Porém, se observarmos algumas noções do neoinstitucionalismo construtivista e o neoinstitucionalismo de redes, podemos encontrar um contexto teórico que valoriza certas concepções que contribuíram para a difusão e desenvolvimento do modelo.

O neoinstitucionalismo histórico desenvolve-se nos anos 60 e 70, representando uma alternativa à teoria da Escolha Racional e as teorias pluralistas clássicas, entendendo as instituições como “os procedimentos, normas e convenções oficiais inerentes à estrutura organizacional da comunidade política ou economia política”, propõe uma análise em que o desenvolvimento histórico da instituição, o contexto cultural e o contexto sócio econômico,

devem ser entendidos como portadores de maior importância (Sanders, 2006, p.40), considerando que a organização institucional da comunidade política é o principal fator que reestrutura o comportamento coletivo e forma resultados distintos (Hall e Taylor, 1996). Os institucionalistas históricos se vinculam a uma concepção particular do desenvolvimento histórico, por meio do conceito de “*path dependence*”, que entende que uma causalidade social depende da trajetória histórica percorrida. Dessa forma as políticas públicas formariam legados que criam precedentes que direciona a decisão a um determinado caminho, criando continuidades nas políticas, sendo que as condições institucionais prévias formam o principal determinante das condições institucionais futuras, e as instituições são um dos principais fatores que mantêm o desenvolvimento histórico sobre um conjunto de trajetórias específicas.

Dessa forma o Estado é entendido como um complexo de instituições capaz de estruturar a natureza e os resultados dos conflitos entre grupos (Hall e Taylor, 1996). No neoinstitucionalismo histórico as mudanças institucionais ganham maior peso, pois ao invés de trabalhar com a situação presente de uma instituição, busca observar sua trajetória histórica, incluindo suas transformações. No entanto na busca por novos agentes de mudanças institucionais, gerou-se uma atenção reforçada ao papel das ideias nos processos políticos e do sistema de ideias em que as instituições são estruturadas (Sanders, 2006, p.41).

Nesse sentido o neoinstitucionalismo construtivista coloca mais ênfase no papel das ideias, em que o modelo de comportamento dos atores entende que a política se trata de traduzir crenças em ação e balancear instrumentos para esse fim, ao invés de uma busca cega por interesses materiais (Hay, 2006, p.60). Adicionando ao “*path dependence*” institucional do neoinstitucionalismo histórico, o conceito de um “*path dependence*” ideacional, no qual as instituições são construídas em bases ideológicas que estruturam um caminho a seu desenvolvimento subsequente, os dois “*path dependence*” caminhariam juntos e incidiriam um sobre o outro (Hay, 2006, p.61).

O terceiro neoinstitucionalismo a ser considerado é o neoinstitucionalismo de redes, mais comportamental do que institucional, prediz que as redes (entendidas como um conjunto de relações entre indivíduos, grupos ou organizações) são instituições informais, compondo variáveis críticas que afetam a distribuição de poder, podendo formar “coalizões”, “alianças”, “facções”, sugerindo que esse padrão de conexão incide nos resultados da política. A partir do neoinstitucionalismo de rede, desenvolveu-se uma literatura voltada para a análise de

políticas públicas, para estudar as redes nas políticas públicas (*policy networks*) ( Ansell, 2006, p.80).

Em termos de autores específicos relevantes ao modelo, podemos voltar antes do contexto do neoinstitucionalismo, na década de 1940, com os estudos de GRIFFITH, que propõe a interpretação do governo sobre o seguinte lado:

Composto de um número de unidades dispersas e virtualmente descoordenadas, cada qual em sua própria órbita ... a relação entre esses homens – legisladores, administradores, lobistas e estudiosos – que estão interessados em um problema comum é uma relação mais real do que a relação entre congressistas em geral ou entre administradores em geral. Em outras palavras, aqueles que desejam entender os padrões prevaletentes do presente comportamento governamental, ao invés de estudar as instituições formais ... possivelmente obterão uma imagem melhor da forma como as coisas realmente acontecem se estudarem esses “rodamosinhos” de problemas e interesses sociais em especial (Griffith, 1939 apud McCool, 1995, p.252).

Para GRIFFITH além das instituições formais, devemos observar as alianças informais para um melhor entendimento do processo político. Subsequentemente, outros autores trabalhando com suposições similares às de GRIFFITH, buscando as alianças informais, desenvolvem a noção dos “triângulos de ferro”, ou “subgovernos”, que se referem às alianças entre agências administrativas, legisladores e grupos de interesses que operam em uma mesma subárea temática das políticas públicas (McCool, p.251, 1995).

FREEMAN em 1955 contribui para a concepção de “triângulos de ferro”, substituindo pelo termo subsistema, pois entende que “formam um subsistema crucial de um sistema político maior, por fazer decisões em sua área em especial” (Freeman, 1955). Dessa forma concebe o subsistema como o “padrão de interação entre os participantes, ou atores, envolvidos em formar decisões numa área especial da política pública” (ibid.), expandindo o triângulo de ferro original que passa a abranger um conjunto maior de atores que participam de diversos níveis do governo, jornalistas, pesquisadores e analistas.

HECLO tem um olhar mais institucionalista que GRIFFITH e FREEMAN, sendo considerado um dos precursores do neoinstitucionalismo de rede (Ansel, 2006, p.80) e que vai influenciar importantes neoinstitucionalistas históricos. O autor aponta que o conceito de “triângulo de ferro” “identifica um grupo restrito e estável de atores, que se tornam relativamente autônomos e controlam estreitamente os programas das políticas ligadas a seu

interesse” (Hecló, 1978), não considera esse conceito errado, mas incompleto, propondo uma sobreposição com o conceito que desenvolve de “*issue network*”, que é uma noção menos rígida e mais flexível, buscando um grande número de atores operando em diversos níveis, com variáveis graus de comprometimento mútuo ou dependência entre si, movendo-se de forma instável, entrando e saindo de suas respectivas “*issue network*”, ligados principalmente por comprometimentos intelectuais ou emocionais mais do que materiais. Dessa forma, enfatiza uma importância maior das ideias na construção da política.

Quando HECLÓ expande o triângulo de ferro, aponta para a importância de atores que se localizam fora do Estado, mas que exercem papéis importantes no processo da política. Em seu trabalho identifica a formação de coalizões na esfera federal dos EUA, demonstrando que ocorreu um aumento da interdependência entre as burocracias subnacionais e nacionais que leva ao crescimento de um lobby intergovernamental, do qual vários grupos buscam representação, esse aumento ocorre paralelamente ao crescimento de diversas organizações privadas vinculadas à extensão das políticas federais (ibid.). Dessa forma, as proliferações desses grupos geram uma tendência das políticas de sucesso propagar interesses divergentes, aumentando os incentivos de se formar grupos em torno dos efeitos diferentes das políticas, sendo que cada grupo recusa que outro fale em seu nome (ibid.).

Outro ator que podemos observar nessa evolução teórica é HALL, já com uma visão mais neoinstitucionalista histórica. Ele defende que as políticas públicas respondem menos pelas condições socioeconômicas e mais pelas consequências das políticas anteriores que formariam legados institucionais (Hall, 1989). A partir da ênfase que HECLÓ e outros autores dão às ideias no processo de desenvolvimento das políticas, HALL desenvolve sua teoria sobre o papel do aprendizado social na política. O aprendizado social é entendido como uma tentativa deliberada de ajustar os objetivos ou técnicas da política pública em resposta às experiências passadas ou novas informações. Dessa forma, o aprendizado ocorre quando os indivíduos assimilam informações novas e as aplicam nas ações subsequentes, destacando que o aprendizado apenas pode ser devidamente entendido considerando o papel das ideias no processo político. A política seria estruturada num sistema de ideias e padrões compreensíveis e plausíveis para os atores envolvidos, que especifica os objetivos da política assim como o alcance das escolhas dos instrumentos que podem ser utilizados. Esse sistema de ideias em que é estruturada a política seria o “paradigma da política”(ibid.).

HALL diferencia o processo de mudança na política de “mudanças normais”, que seria o processo incremental de ajustamento da política, sem que se alterem os termos do paradigma, das “mudanças de paradigma”, associadas a um processo mais disjuntivo com período de descontinuidades na política. As mudanças de paradigma nas políticas públicas não seriam resultados das ações autônomas no interior do Estado, onde apenas poderiam ocorrer as “mudanças normais”, os processos associados à “mudança de paradigma” teriam origem também na sociedade sendo objeto de influências poderosas de atores e da arena política (ibid.).

Um último ponto que podemos levantar de HALL é o “discurso político da nação”, que seria um fluxo de ideias que ligam o Estado à sociedade. Os atores de uma política pública operariam nos termos de um discurso político que tem uma configuração específica que legitima mais determinados interesses sociais do que outros, delineando os fardos aceitáveis do Estado, determinando o contexto nos quais muitas questões serão entendidas, privilegiando mais algumas linhas de opções da política do que outras (ibid.). Os paradigmas da política podem ser vistos com uma vertente dos termos gerais desse discurso político. Dessa forma a política é tanto estruturada em um conjunto particular de ideias como num conjunto de instituições.

Portanto, observamos uma evolução teórica em que se desenvolvem as concepções do subsistema, o papel das coalizões e o papel das ideias no desenvolvimento da política pública.

De acordo com o ACF, as mudanças nas políticas públicas ocorrem devido a três conjuntos de processos: o primeiro conjunto diz respeito às interações entre coalizões de defesa competindo em um subsistema, que consistiriam de atores de uma variedade de instituições públicas e privadas em todos os níveis de governo, que dividem um conjunto básico de crenças e buscam manipular regras, planos e pessoal de instituições governamentais para atingir seus objetivos (Sabater e Jenkins-Smith, 1993); o segundo conjunto de processos são as mudanças externas no subsistema que provém de oportunidades e obstáculos as coalizões; o terceiro conjunto envolve os efeitos dos parâmetros estáveis, tais como a estrutura social e as regras constitucionais.

O ACF entende que a unidade básica de análise não deve ser uma instituição específica, mas o subsistema, que envolve uma subárea temática do sistema político mais amplo, propondo capturar os padrões de interação entre os atores envolvidos no processo de construção e desenvolvimento de uma política pública. Para tanto, o ACF observa o triângulo

de ferro (agências administrativas, comitês legislativos e grupos de interesse) e adiciona outro conjunto de atores que participam de diversos níveis de governo, jornalistas, pesquisadores e analistas, assim como sugerem FREEMAN e HECCLO.

Sabatier e Jenkins-Smith contribuem com o entendimento do subsistema, traçando relações entre os subsistemas de diversas áreas substantivas, de forma que cada subsistema é apenas parcialmente autônomo, pois as decisões de um subsistema de uma área temática podem impactar outro subsistema de outra área. Portanto, ao analisar um subsistema, também deveriam ser observados os outros subsistemas que tenham alguma ligação e podem lhe causar impactos.

A base do ACF é a formação de coalizões de defesa nas políticas públicas, buscando além das instituições formais, captar as alianças informais. Partindo de um modelo de comportamento em que os atores possuem crenças e buscam traduzir suas crenças nas políticas (Sabatier, 2007, p. 194), para terem qualquer chance de sucesso, formam alianças, dividem recursos e formam estratégias complementares com pessoas que dividem crenças semelhantes; se houver engajamento em um nível mínimo de coordenação, isto é, algum grau de trabalho em conjunto em direção a um objetivo em comum, formarão a coalizão, sendo que esse nível de engajamento pode variar de intensidade. O modelo prevê que na maioria dos subsistemas haverá de duas a cinco coalizões, sendo que uma seria dominante, com suas crenças adotadas na política e outras minoritárias.

Essas crenças são organizadas no ACF em uma estrutura hierárquica, que encontra similaridades com as concepções de HALL, dividindo o sistema de crenças em três níveis (Jenkins-Smith e Sabatier, 1993):

- O Núcleo Central, que envolve suposições bastante generalistas normativas e ontológicas sobre a natureza humana; prioridade de valores fundamentais, tais como liberdade e igualdade; critérios gerais de justiça redistributiva; o papel do Estado; o tradicional eixo direita/esquerda, entre outros critérios de orientação geral, que o torna muito difícil de ser alterado devido a sua abrangência e estabilidade.

- O Núcleo da Política, que será composto pelas posições fundamentais da política pública a respeito das estratégias básicas para alcançar os padrões normativos do Núcleo Central. Envolve as questões que abrangem o subsistema como um todo, tais como o papel relativo dos oficiais eleitos e dos servidores civis; a severidade e causa dos problemas no subsistema;

a distribuição básica da autoridade; o papel relativo ao governo e ao mercado; para qual grupo a política se destina; escolha básica dos instrumentos da política; participação ou não dos diversos grupos da sociedade, entre outras questões que formam as escolhas fundamentais de uma política pública. Operacionalizando duas a três dessas crenças do Núcleo da Política seria o suficiente para identificar ao menos duas coalizões.

- Crenças Secundárias, onde opera o aprendizado da política, que é um processo contínuo de busca e adaptação, motivado pelo desejo de concretizar as crenças do Núcleo da Política; essas crenças são relativamente mais estreitas na direção e no alcance, não atingindo o subsistema como um todo, abrangendo regras detalhadas e suas aplicações em programas específicos; seriedade e causa de um problema local; guia de participação pública; interpretação ou mudança de Estatutos, entre outras decisões instrumentais necessárias para adequar a implementação a seu Núcleo de Política. Como as Crenças Secundárias são mais frequentes, estreitas e locais, exigem menor evidência e poucos acordos entre os atores do subsistema, contando com menor resistência. Uma coalizão pode abandonar algumas Crenças Secundárias, mas dificilmente abandonará o Núcleo de Política. O aprendizado pode ser observado em sucessivos “rounds” da política, que envolvem experimentação de diversos mecanismos de implementação, podendo levar a insatisfações e reavaliação de alguma estratégia.

As grandes mudanças na política pública seriam raras e ocorreriam na alteração do Núcleo da Política; o Núcleo Central dificilmente será alterado; a grande maioria das mudanças, porém, ocorreria nas Crenças Secundárias. Como o sistema de crenças do Núcleo da Política levaria para uma estabilidade da política, apenas uma origem externa conseguiria impulsionar uma grande mudança no subsistema. Portanto, temos duas causas iniciais de mudanças: o aprendizado da política e as perturbações externas.

Entre os fatores externos podemos apontar um conjunto de fatores estáveis e um conjunto de fatores dinâmicos (Jenkins-Smith e Sabatier, 1993 p.20). Entre os fatores estáveis incluem-se os atributos básicos do problema, a distribuição de recursos naturais, valores e estruturas socioculturais fundamentais e estruturas constitucionais. Esses fatores dificilmente são alterados no curto prazo; portanto, raramente promovem o ímpeto para a mudança no subsistema, mas estabelecem os recursos e limites nos quais os atores do subsistema operam. As perturbações externas que têm origem nesses fatores incluem os valores culturais básicos: estrutura social, mudança de regime político e estrutura legal e constitucional, podendo



mudar a agenda, atrair a atenção pública e a atenção de atores chaves da tomada de decisão, tendo como efeito a redistribuição de recursos e abertura ou fechamento de possibilidades de substituição da coalizão dominante por uma minoritária, ou até mesmo mudar as crenças do Núcleo da Política da coalizão dominante.

Os fatores dinâmicos incluem as mudanças nas condições socioeconômicas, inovações tecnológicas, mudanças na opinião pública, mudança na coalizão governante, decisão e interferência de outros subsistemas e desastres. Sendo fatores que podem alterar em curto prazo os limites e as oportunidades que confrontam o subsistema, possuem grande capacidade de alterar o subsistema. Dessa forma, são fundamentais nas grandes mudanças das políticas públicas.

Após o modelo ter sido aplicado em ambientes distintos do pluralismo norte-americano, incluindo países africanos, latino-americanos, asiáticos e europeus, uma revisão foi feita incluindo uma terceira variável que seriam as perturbações internas, que incluem elementos que atraem a atenção pública, indicam e expõem as vulnerabilidades da política, falhas ou negligências, e trazem novas informações ao processo de construção e desenvolvimento da política pública, podendo desequilibrar o poder dos participantes, alterar as crenças das coalizões dominantes e confirmar as crenças da coalizão minoritária, tendo o potencial para uma nova redistribuição de recursos críticos (Sabatier, 2007, p 204).

O modelo defende que nem sempre o caminho das coalizões é o conflito, pode ser também a negociação, conciliação e o consenso. O que caracteriza o modelo é a existência de coalizões defendendo crenças distintas sobre o Núcleo da Política, buscando sua efetivação no subsistema, prevendo tanto o conflito quanto a cooperação.

## **Método**

Para o método, foi feito um levantamento da bibliografia pertinente e de documentos de diversos órgãos. O primeiro e segundo capítulos são mais baseados na bibliografia, com complementação de alguns documentos, o terceiro está mais estruturado no levantamento e na análise dos documentos, recorrendo à bibliografia específica da saúde indígena em alguns pontos. A listagem final de documentos contém apenas os que possuem referência no texto,

ou de importância mais central; pelo volume, não foram listados todos os documentos pesquisados.

Como buscamos as posições ideológicas dos atores nos documentos levantados, a análise qualitativa acaba sendo a melhor opção; neles, não apenas detectamos os problemas e questões, mas a percepção dos relativos atores e as ideias defendidas. Nesse ponto o modelo teórico adotado acaba favorecendo uma metodologia baseada em dados qualitativos

Portanto, utilizaremos alguns dos dados quantitativos apenas de forma complementar aos dados qualitativos, apenas para ajudar a elucidar e reforçar alguns pontos, levando sempre em conta que os dados ligados à morbidade e mortalidade da população indígena carecem de confiabilidade.

## **Estrutura**

O primeiro capítulo trata das mudanças no Núcleo Central com uma mudança na natureza da cidadania, que passa a ter como padrão de justiça a conciliação entre o universalismo e o particularismo. Também mostra a mudança na cidadania do Brasil e na cidadania indígena, que leva a universalização de um conjunto de direitos sociais com o abandono da cidadania regulada, tal como a proteção dos direitos culturais e indígenas, colocando o Estado na situação de atender a essa nova gama de direitos, baseados em princípios de natureza distinta, na elaboração de políticas públicas voltadas para populações indígenas.

O segundo capítulo demonstra as mudanças na medicina introduzida pela medicina social, que será o paradigma dominante da Reforma Sanitária e terá importante papel na política de saúde indígena.

O terceiro capítulo analisa a política de saúde para as populações indígenas, suas ideias, instituições e atores, como esses atores se organizam em alianças informais em torno de um conjunto de ideias que promove a mudança nas instituições.

## 1. Transformações da Cidadania.

Esse capítulo busca captar o contexto mais amplo do Núcleo Central no qual a política de saúde indígena foi concebida, defendendo que o elemento paradigmático chave para o surgimento dessa política é o debate que circunda a noção de cidadania.

Durante mais de dois séculos, até a metade do século XX, o grande princípio norteador da cidadania era a igualdade de status, em que a concepção de justiça se estrutura para estender a mesma gama de direitos e deveres a todos os membros do Estado. No entanto, em meio a diversos questionamentos a respeito das relações entre Estado e cidadãos, que se consolidam a partir das décadas de 60 e 70, podemos destacar a contradição que emerge entre o princípio da igualdade e o respeito à diferença; surgindo a percepção que a igualdade pura pode ser homogeneizante, gerando injustiças onde busca equalizar. Dessa forma o Estado criaria contradições que não seria capaz de solucionar, tendo como desafio conciliar princípios de naturezas antagônicas. É exatamente quando esse debate está em seu auge que a política pública pesquisada começa a ser formulada.

Outros fatores também convergem para a formação do Núcleo Central da política de saúde indígena, entre eles a redemocratização que inicia um novo debate a respeito da cidadania e do papel relativo do Estado na satisfação de suas necessidades, aprofundando o processo de universalização de importantes direitos sociais, assim como a cidadania indígena que se desenvolve de forma distinta e também sofre alterações.

### 1.1. Cidadania, igualdade e diferença.

Podemos entender a cidadania como o status de pertinência à comunidade política que pressupõe o conjunto das condições necessárias, estipulados por padrões socialmente estabelecidos, para que o indivíduo seja considerado membro completo da sociedade e possa partilhar de sua herança social em condições razoáveis de igualdade no respeito aos direitos e deveres.

A clássica divisão da cidadania de T.H.Marshall (1992) que distingue três tipos: civil, político e social, mostra-nos que a cidadania ocorre dentro de um desenvolvimento histórico, resultado das disputas e interações entre classes, em que novos direitos se somavam aos antigos; em que a extensão da cidadania ocorre na busca de equalização de direitos e deveres, sendo as diferenças de status incompatíveis a esse modelo.

O elemento civil é formado pelos direitos necessários à liberdade individual: liberdade pessoal, de expressão, de ideias e credo, o direito à propriedade e de firmar contratos, e o direito à justiça; no campo econômico, o direito de trabalhar, de seguir uma ocupação de livre escolha, no local de escolha, sujeito apenas às demandas legítimas preliminares de treinamento técnico (Marshall e Bottomore, 1992, p. 08). O elemento político é o direito de participar e exercer do poder político, tanto o direito de ser membro do corpo político, investido de autoridade política, como o de eleger o membro de tal corpo. O elemento social abrange desde o direito de bem estar econômico e seguridade ao direito a uma parte do todo da herança social e de viver como um ser considerado civilizado de acordo com os padrões da sociedade. Os direitos sociais funcionam sobre o princípio de que o Estado garanta o mínimo necessário para a aquisição de certos bens e serviços, tais como educação, saúde, moradia; ou uma renda mínima para ser gasta com o necessário, tais como pensões, seguro desemprego e programas de transferência de renda em geral; entendendo que tais bens constituem condição material para o gozo dos demais direitos. Busca-se, por esta via, respeitar os parâmetros de igualdade na distribuição de oportunidades de vida. O direito à saúde, como direito social, que é o objeto dessa pesquisa, constitui parte importante dessa garantia.

Tal divisão da cidadania leva em conta o período histórico em que cada um de seus três elementos se desenvolveram, levando em conta um razoável grau de elasticidade nos respectivos períodos e considerando uma evidente sobreposição, podemos considerar o período formativo dos direitos civis o século XVIII, os direitos políticos no século XIX, e os direitos sociais o século XX. Tal divisão leva em conta que cada elemento da cidadania dependeu do elemento anterior como pré-condição de desenvolvimento, tendo como base a história da Inglaterra.

Ao colocar o século XVIII como o período formativo dos direitos civis, T.H.Marshall, inclui também algumas das conquistas de séculos anteriores, tais como o *habeas corpus*, o Ato de Tolerância e a abolição da censura de imprensa; acrescentando alguns acontecimentos dos séculos posteriores, tais como a Emancipação Católica, estabelecendo o período entre a

Revolução Industrial e o primeiro Ato de Reforma, de forma que em 1832, quando o embrião dos direitos políticos começava a se formar, os direitos civis já tinham essencialmente a aparência que tem hoje (Ibid.,p.10). Os direitos civis se desenvolveram de forma gradual; onde novos direitos se somavam ao status que previamente existia a todos os membros adultos de uma comunidade, esse status era a liberdade; desde o século dezessete todos os homens da Inglaterra eram livres, a servidão foi substituída pelo trabalho livre, a liberdade havia se tornado um direito e o termo “liberdade” e “cidadania” eram indissociáveis. Quando a liberdade se tornou universal, a cidadania se tornou uma instituição nacional.

Os direitos políticos dependem da existência dos direitos civis para terem substâncias, pois dependem de direitos como a liberdade de opinião e organização, para se desenvolverem e representarem devidamente o cidadão. A formação desse direito é centrada no século XIX. No século XVIII os direitos políticos ainda eram deficientes em sua distribuição, mas não em seu conteúdo, atingindo uma pequena parcela da população que detinha seu monopólio; apenas 19% da população da Inglaterra detinha o monopólio dos direitos políticos a partir do Ato de 1832, sendo apenas em 1918 que os direitos políticos são estendidos a todos os homens adultos.

A formação dos direitos sociais como conhecemos hoje se iniciou na segunda metade do século XIX e se consolidou na segunda metade do século XX, no período pós II Guerra Mundial. Na Inglaterra começa a se formar a partir da Lei dos Pobres do século XIV, composta de um sistema de regulação salarial, que buscava ajustar a renda real com as necessidades sociais e o *status* de cidadania, não apenas com o valor do trabalho no mercado; adicionando seguridade social na estrutura salarial, essa lei entrou em choque com os direitos civis ferindo a liberdade para firmar contratos, que formou um obstáculo aos direitos sociais e não conseguiu sobrepujar o espírito do tempo do *laissez-faire*. O século XIX foi um período em que os direitos sociais, como parte da cidadania, ou eram expressamente negados ou não eram admitidos. Os direitos até então em vigor não entravam em conflito com as desigualdades do capitalismo; muito pelo contrário, eram necessários a sua manutenção, pois a maior parte do corpo dos direitos era composta de direitos civis, indispensáveis para a economia de mercado livre, e os direitos políticos ainda não atingiam efetivamente a massa de trabalhadores até o final do século XIX. Na Inglaterra a situação começou a mudar apenas na segunda metade da Era Vitoriana.

Apenas no século XX o elemento social passou a ter igual formação da cidadania junto aos outros elementos. Destacam-se três fatores: 1) o aumento dos salários, que diminuía a disparidade entre as classes; 2) o sistema de taxação progressiva, que contribuía para financiar o seguro social, e 3) a produção em massa voltada ao mercado interno, que criava a necessidade de uma expansão dos bens materiais a pessoas comuns. Esses três fatores criaram aspirações que influenciaram o direito social modificando o cerne da questão. O alvo não era mais os menos favorecidos, mas todo o patamar das desigualdades sociais e econômicas. O resultado alcançado foi um enriquecimento geral da substância concreta da vida em sociedade, uma redução geral do risco de insegurança e uma equalização, não de renda, mas de *status*, entre os mais e menos afortunados.

BOTTOMORE complementa MARSHALL, argumentando que o estudo de MARSHALL sobre o desenvolvimento da cidadania foi feito em um contexto particular, o da Inglaterra, que constituía uma sociedade com um grau relativamente alto de homogeneidade, no período imediatamente após a II Guerra Mundial, quando ocorre a consolidação dos direitos sociais (Marshall e Bottomore 1992, p.65). No entanto, novas questões e problemas sobre a cidadania emergiram em populações que estão longe dessa homogeneidade, utilizando como exemplo os países que foram construídos por movimentos imigratórios e países onde a imigração apenas ocorre de maneira ocasional, o que impacta as concepções de pertencimento à nação e cidadania. Afirmando que, assim como muitos sociólogos de sua época, MARSHALL ignora questões relacionadas a gênero e suas relações com os direitos civis, políticos e sociais, assim como a questão da diversidade étnico-cultural dos quais emergem uma série de problemas relacionados à cidadania enquanto equalização. Assim, diversas questões que surgem a respeito da cidadania nas décadas seguintes ao período pós-guerra, apenas surgem quando o novo patamar inaugurado pelos direitos sociais foi atingido. Então novas demandas começam a surgir, seguindo a própria lógica progressiva do modelo de direitos de MARSHALL. O que não torna inválida a concepção da cidadania de MARSHALL enquanto equalização, com os direitos sociais como forma de diminuir a disparidade que a desigualdade social coloca na sociedade capitalista moderna, mas ressalta a necessidade de expandir essa concepção para que a busca pela equalização de *status* e melhoria nas condições básicas não estejam acompanhadas de uma busca pela homogeneidade, que dilui em si a diferença.

BOBBIO apresenta um modelo divergente de Marshall; traça uma diferença nos direitos de primeira geração, que seriam os direitos civis e políticos, e os direitos de segunda geração,

que seriam os direitos sociais (Bobbio, 2004). Enquanto os primeiros corresponderiam às liberdades, significariam um não-agir do Estado, ou seja, a abstenção de determinado comportamento, os de segunda geração implicariam numa ação positiva do Estado, numa obrigação de um determinado comportamento.

Apesar de BOBBIO ter uma visão mais institucionalista no ponto de origem e dos fundamentos dos direitos, encontra algumas similaridades com MARSHALL, em especial na concepção de que novos direitos nascem somente quando determinados carecimentos nascem também, frutos das mudanças das condições sociais e desenvolvimento técnico capaz de satisfazê-los, de forma que o desenvolvimento dos direitos segue uma ordem histórica, em que o elenco dos direitos muda de acordo com a mudança nas condições históricas, ou seja, “dos carecimentos e dos interesses, das classes no poder, dos meios disponíveis para a realização dos mesmos, das transformações técnicas, etc” (ibid.). A própria expansão dos direitos gera esses carecimentos; ao suprir necessidades básicas, altera de forma significativa as condições sociais, gerando um novo patamar de demandas. Dessa forma, os direitos de primeira geração criam as condições para os direitos de segunda geração, que, na medida em que se consolidam e se expandem, geram as demandas pelos direitos de terceira e quarta geração<sup>1</sup>, assim consecutivamente.

De acordo com BOBBIO, em um primeiro momento ocorre uma difusão das doutrinas jus-naturalistas, que são incluídas nas Constituições dos Estados Liberais e permaneceram no Estado de direito. Essas doutrinas se baseiam em um homem genérico abstrato, em que os direitos seriam naturais, com um caráter absoluto e não relativo às condições históricas (ibid., p.26); porém, geram problemas quando esse homem genérico é desafiado pelo reconhecimento de novas categorias de pessoas e assim ocorre a passagem do homem genérico para o homem específico, tomado na diversidade de seu *status* social, com diversos critérios de diferenciação, como sexo, idade, condições específicas, que não permitem um igual tratamento e igual proteção (ibid., p.34.). Depois da II Guerra Mundial, esse problema transborda a esfera nacional e ganha a esfera internacional, envolvendo todos os povos. Apontando que a universalidade dos direitos de primeira geração vale para o homem genérico, pois se funda no princípio da igualdade; mas não vale para os direitos de segunda geração em que a diferença de indivíduo para indivíduo se torna um fator relevante (ibid.).

---

<sup>1</sup> Os direitos de terceira e quarta geração para Bobbio seriam mais difusos e imprecisos, incluindo direitos econômicos, ecológicos, entre outros

Essa contradição se evidencia na medida em que os direitos sociais se consolidam e geram novas demandas.

Nos países capitalistas a maior expansão dos direitos sociais ocorreu após a crise de 1929 com a emergência do Estado Providência ou Estado de bem-estar keynesiano, que na sua definição mais comum, o Estado tem a responsabilidade de garantir a satisfação de um nível básico de bem-estar para seus cidadãos. Utilizando a tipologia de ESPRING-ANDERSSEN(1990), podemos dividir os diferentes modelos de Estado Providência em três regimes ideais<sup>2</sup>, que constituem legados históricos, sendo institucionalizados e perpetuados. Porém, a partir da crítica do autor ao Estado de Providência, podemos observar quando o Estado não consegue responder às demandas que a expansão da cidadania gera, pois foi estruturada com base na homogeneidade; mais do que isso, podemos observar que o próprio modelo de proteção social começa a gerar outras formas de estratificação, gerando uma percepção de esgotamento do modelo e a necessidade de mudanças. Em sua tipologia os modelos seriam:

- Estado de Providência liberal, caracterizado por alta mercantilização da proteção social, baixa proteção pública, de forma seletiva, residual e direcionada a grupos específicos ou vulneráveis; existindo principalmente nos EUA, Inglaterra e Austrália.

- Estado de Providência corporativo, onde os direitos sociais são elevados, porém restritos aos trabalhadores por meio de regimes contributivos, ocorrendo a preservação do *status* e direitos relacionados às classes sociais, existindo na Alemanha, na Áustria, Itália e França.

- Estado de Providência social democrático, caracterizado por direitos sociais universais que compõe a cidadania, com uma pesada carga tributária que permite o Estado financiar a proteção social. Esse modelo é predominante nos países escandinavos.

De acordo Epring-Anderssen, o princípio da equalização das condições do Estado Providência foi colocado em questão, evidenciando-o como um sistema que pode promover a estratificação. Cada um dos regimes ideais contém também elementos que promovem a desigualdade em suas políticas sociais. Nenhum país, porém, tem o regime puro, mas um modelo dominante e outros complementares, contendo, em diferentes proporções, mais de um tipo de política de proteção social. Dessa forma, nem os países escandinavos estão intocados

---

<sup>2</sup> O autor utiliza o termo “regime” para indicar que nos modelos de Estado providencia as relações entre Estado e Mercado formam um composto de elementos legais e organizacionais que estão sistematicamente interligados.



pela política social liberal, nem os regimes liberais dos EUA e Austrália são inteiramente neoliberais. Todos apresentam certo grau de hibridismo, experimentando em intensidades variadas, das consequências próprias, positivas ou negativas, dos diferentes modelos de políticas de proteção social que compõem de forma desigual o regime de cada país. Entre as políticas de proteção social, podemos dividir em três modelos (ibid., p38): as políticas sociais conservadoras, liberais e sociais democráticas.

As políticas sociais conservadoras procuram preservar as relações tradicionais de *status* pelo bem da integração social. Esse modelo ocorre onde as organizações corporativas e o estatismo autoritarista são especialmente proeminentes; ao dividir o benefício de acordo com a contribuição vinda da ocupação, cria também laços de lealdade diretos entre o indivíduo e a autoridade central do governo. Sua base ideológica rejeita a mercantilização do indivíduo, vista como moralmente degradante e atomizante, não cabendo aos indivíduos disputarem e competirem no mercado, mas subordinar seu interesse próprio às instituições estabelecidas e autoridades reconhecidas. Seu efeito de estratificação ocorre entre os grupos beneficiados da proteção social, criando divisões por meio da legislação de programas distintos para diferentes classes e estratos, distribuindo direitos e privilégios desiguais que variam de acordo com a ocupação.

Na política social liberal, no plano ideológico, inicialmente o Estado não tem razões para intervir na estratificação criada pelo mercado, não cabendo ao Estado alterar a competitividade individualista, apenas garantir o suficiente de liberdade e igualdade de oportunidades para preparar os indivíduos à competição. A crítica neoliberal ao Estado de Providência Universalista evidenciou os limites administrativos das políticas sociais, questionando a disponibilidade de recursos e a capacidade do Estado de promover a satisfação das necessidades básicas do conjunto de todos os seus cidadãos, tornando-se uma das principais razões da crise do Estado de Providência Universalista na década de 80. No entanto, as correntes neoliberais reconheceram que nem todos os indivíduos estão igualmente aptos para participar do mercado ou se proteger de períodos prolongados de crise, tais como os doentes, aleijados, idosos e grupos mais vulneráveis, abandonando ideologicamente o *laissez-faire*. Para tornar o custo das políticas sociais mais viável em termos administrativos e tributários, sobretudo durante a crise econômica dos anos 80, os neoliberais propõem uma estratégia que redireciona as políticas sociais, reduzindo o bem-estar quantitativamente ao invés de qualitativamente, propondo no lugar de uma redução do bem estar, um redirecionamento, com um padrão de benefícios seletivos em que as políticas redistributivas e

de seguridade social deveriam ter como prioridade aqueles que estivessem em situação mais desfavorecida pelas desigualdades sociais (Esping-Anderssen, 1995). Porém, o estigma e a humilhação social dos mais pobres foram perpetuados nesse processo; seguindo um modelo em que o governo passa a ajudar os genuinamente pobres e vulneráveis, criaram-se resultados inesperados, como o dualismo de classe e o estigma social, replicando as desigualdades do mercado, formando uma situação em que emergem três grandes estratos sociais, com um grupo estigmatizado na base, um grupo de clientes dos seguros sociais do Estado no meio e um grupo privilegiado capaz de extrair seu bem-estar do mercado no topo.

Por fim, na política social democrata, o universalismo e a igualdade de *status* são os princípios norteadores. Ideologicamente ocorre a rejeição completa da mercantilização da proteção social e o desejo por uma renda que esteja fora do salário do trabalho. Porém, a tendência universalista que busca a igualdade de *status*, distribuindo os direitos igualmente, pressupõe uma estrutura social bem específica de uma grande maioria proletarizada cujo o benefício modesto seria o suficiente. No entanto, com a expansão da classe média cria-se um dualismo entre aqueles que dependem da assistência do Estado e os mais privilegiados que podem retirar seu bem-estar do mercado. Há incertezas também quanto à viabilidade do modelo escandinavo em longo prazo, com duas grandes ameaças: o conflito entre o princípio igualitário e o princípio universalista, e a crescente heterogeneidade da estrutura social.

Essa heterogeneidade gera uma progressiva insatisfação generalizada ao Estado Providência, devido à emergência de novas necessidades e riscos decorrentes da mudança na estrutura social. Ocorre uma mudança tanto na estrutura familiar quanto na estrutura ocupacional, que se torna mais diferenciada e heterogênea, nos países que adotaram o Estado Providência, gerando novas demandas por flexibilidade do modelo e o surgimento de riscos mais diversificados com os novos arranjos familiares e com a expansão do emprego feminino, como coloca Esping-Anderssen(1995):

Os problemas “endógenos” do *welfare state* se originam da crescente discrepância entre o modelo dos programas atuais e as demandas sociais. Isso se dá em grande parte porque tal modelo foi informado por uma ordem social que não é mais predominante. O ponto de referência para os ideais de universalismo e igualdade estava na existência de uma classe operária industrial relativamente homogênea.

Além da mudança na estrutura social, ocorre conjuntamente outro fenômeno, o reconhecimento da pluralidade cultural. Durante a década de 80 consolida-se um debate em

torno do princípio da diferença. Esse debate se amplia nos anos 90 e se torna um dos principais pontos da agenda de discussão sobre reformas setoriais nos fóruns nacionais, internacionais e transnacionais. Os movimentos de emancipação feminina, especialmente nos EUA, que se dirigiram contra uma cultura dominante marcada pela assimetria na relação de gênero e a luta por reconhecimento das identidades coletivas das minorias étnicas e culturais, apesar de não serem movimentos uniformes e universais, apresentaram um novo desafio e abriram novos debates, emergindo demandas e reivindicações de reconhecimento e respeito à diversidade cultural e instituições públicas que reconheçam as particularidades culturais ao mesmo tempo em que sejam compatíveis com os direitos universais, criando um padrão de demanda de direitos universais, mas com o reconhecimento público do particular (Taylor, 1994).

Como coloca HACKER (2006), o Estado de providência foi protegido por um consenso pós-guerra por décadas, até a década de 70, quando os atritos políticos e econômicos o tornam um ponto de debates, entre eles a questão da raça e diferenças étnicas, que levantam novos dilemas para as políticas sociais. Tal percepção da diferença racial, por exemplo, mina a solidariedade social que dá a base do Estado de Providência, pois a percepção da diferença do grupo mina o sentimento de pertencimento que motiva a provisão social.

Nesse sentido HABERMAS (2000, p.87) argumenta que o próprio surgimento do Estado-nação, se desenvolveu em uma linha de homogeneidade cultural. Enquanto o termo “Estado” se refere a um ramo executivo que garante a soberania interna e externa, um território delimitado e a totalidade dos cidadãos, o termo “nação” designava uma comunidade moldada por uma origem, cultura e história comuns. No século XVIII, os dois componentes se fundem no Estado-nação designando pessoas com a mesma ascendência integradas em uma forma política. Porém, dependeu de um relativo grau de homogeneidade para que se ampliasse seu sentido cultural para propiciar os vínculos sociais de responsabilidade mútua entre os cidadãos e fornecer uma identidade coletiva comum à ativação política dos cidadãos, que além de um *status* legal comum, ganha um *status* cultural de pertencimento a uma comunidade particular. No entanto, surge a tensão causada pelo universalismo de uma comunidade legal e o particularismo das comunidades culturais, colocando em questão essa homogeneidade cultural, que passa a perder sua força na medida em que a sociedade se reconhece como culturalmente pluralista. Embora o autor questione a capacidade do Estado-nação de fornecer a base apropriada para a manutenção da cidadania e recomende a emergência de regimes supranacionais para escapar desse impasse, defende também uma

atualização consistente do sistema de direitos, para que não sejam cegos às diferenças culturais (Habermas, 2000, p.210). Argumentando que as leis existentes podem ser interpretadas de novas formas em contextos diferentes, devido à mudança de necessidades e interesses, as diferenças devem ser interpretadas de forma sensível ao contexto para que o sistema de direitos seja democrático e para que exista uma interação intracultural com razoável grau de igualdade dentro da mesma comunidade política.

O esforço para essa atualização surge nas décadas de 80 e 90 tanto no ambiente nacional com mudanças legais e constitucionais, que reconhecem os direitos culturais, quanto no supranacional por meio da realização de fóruns, em diferentes áreas temáticas, sendo em grande parte protagonizados por órgãos ligados à ONU.

O resultado final é que nas décadas de 80 e 90 o Estado de Providência Universalista recebe críticas em múltiplas frentes: de um lado, pelo neoliberalismo que questiona a capacidade administrativa do Estado e o peso da carga tributária necessária para uma proteção social universalista; de outro, a crítica de que este modelo precisa se adaptar a novas estruturas sociais e especificidades culturais de uma realidade socialmente heterogênea e culturalmente cosmopolita, assim como a crítica de que apesar do Estado de Providência ter sucesso em aliviar as desigualdades do mercado, promove outras formas de estratificação. Dessa forma, enquanto, por um lado, emerge com maior frequência a proteção social neoliberal, seletiva, direcionada a grupos específicos e vulneráveis, não como um direito inerente a condição de cidadão, mas de beneficiado; de outro, a proteção social universalista começa a atender as novas demandas da nova estrutura social e adaptar o princípio da universalização aos particularismos por meio de leis e políticas públicas específicas.

No entanto, outra contradição se torna relevante no contexto específico de políticas públicas para povos indígenas, enquanto adaptação de direitos universais ao particularismo cultural, se observarmos as três teses levantadas por BOBBIO a respeito do direito: 1) os direitos naturais são direitos históricos; 2) nascem no início da era moderna, juntamente com a concepção individualista da sociedade, e 3) tornam-se um dos principais indicadores do progresso histórico (Bobbio, 2004, p. 07). Portanto, os direitos fundamentais estão fundados sobre uma base de um momento histórico relativamente específico na história das sociedades ocidentais modernas e estão profundamente enraizados na concepção do individualismo moderno. BOBBIO nos lembra da célebre frase de Marx em que descreve o homem da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789:

O homem de que falava a Declaração era, na verdade, o burguês; os direitos tutelados pela Declaração eram os direitos do burguês, do homem (explicava Marx) egoísta, do homem separado dos outros homens e da comunidade, do homem enquanto “mônada isolada e fechada em si mesma” (Bobbio, 2004, p.46).

Dessa forma, nosso ordenamento jurídico que estabelece as relações mútuas de direitos e deveres entre Estado/cidadãos está fundado na base de um individualismo que nasce de um contexto histórico e social específico, ou seja, inevitavelmente esse padrão de cidadania entra em conflito quando confrontado com sociedades que não partilham da mesma concepção de direitos individuais; sociedades que possuem uma concepção diferente de direitos e obrigações mútuas encontrarão conflitos inevitáveis com o sistema de direitos a que foi submetida.

### **1.3 Cidadania no Brasil**

Podemos observar o contexto histórico institucional do desenvolvimento da cidadania no Brasil, utilizando o conceito de cidadania regulada desenvolvido por Wanderley Guilherme dos Santos, em que a cidadania não formou um conjunto de direitos inerentes e inalienáveis a todos os membros do Estado, mas eram delegados apenas àqueles que faziam parte das profissões reconhecidas por lei. A expansão da cidadania se fazia via regulamentação de novas profissões, iniciando uma engenharia institucional baseada em três parâmetros: regulamentação das profissões, carteira profissional e o sindicato público, em que os direitos estavam diretamente vinculados ao processo de acumulação. Essa engenharia institucional começa a se formar em 1922 como resposta à ordem do *laissez-faire* da República Velha. Porém, vai se consolidar no Estado Novo e apenas perder sua força e sentido no Período Militar, sendo abandonada definitivamente na Constituição de 1988, em que os direitos sociais passam a ser inerentes a todos os membros do Estado.

### 1.3.1 Cidadania no Brasil

Até 1822 dificilmente poderíamos falar em cidadania no Brasil, pois além das restrições dos direitos civis às mulheres e escravos, não havia a noção de igualdade perante a lei nos senhores, nem um poder público que pudesse ser garantia de direitos civis a todos, como coloca Carvalho (2010). Havia membros da elite política, ainda antes da Independência, que acreditavam que a alternativa do colonialismo consistia no liberalismo como representante da liberdade, progresso, modernização e civilização. Tais valores vão caracterizar as revoltas antes e nos anos seguintes da independência; no entanto, predominou no movimento de independência brasileira a tendência que buscava apenas a autonomia política e não a premissa da igualdade (Santos, 1978, p.76). Após a independência triunfou a tendência em que o pacto político deveria exprimir as igualdades e desigualdades naturais existentes na sociedade, no lugar da tendência radical liberal que abrangia todos os membros do Estado. Desta forma, foi definindo que a sociedade política deveria ser composta pelos homens de posse, sob a justificativa de que tais pessoas eram as únicas capazes de conceber as ações adequadas à proteção da propriedade, apesar dos direitos políticos se estenderem a um eleitorado extenso para a época, atingindo 13% da população (Carvalho, 2010, p.31).

A Constituição Brasileira de 1824 segue a mesma tendência do resto do mundo ocidental, caracterizada pela crença do *laissez-faire*, do “mercado”, em que indivíduos autônomos e iguais juridicamente eram capazes de firmar acordos independentes de qualquer intervenção estatal. Regia, assim, o princípio meritocrático em que a distribuição de benefícios deveria refletir a distribuição diferenciada de capacidades, não cabendo ao Estado remediar as desigualdades naturais que transparecem no mercado (Santos, 1979, p.17).

Por um conjunto de razões, já amplamente abordado pela bibliografia pertinente, ocorre a abolição do comércio internacional de escravos em 1850, surgindo a necessidade de um sistema baseado na mão-de-obra livre, que passa a se apoiar fundamentalmente na imigração de trabalhadores livres. A substituição da mão-de-obra escrava para a assalariada representou uma conquista para a construção de um sistema econômico liberal (Santos, 1978, p.84). Devido aos contratos injustos com a elite econômica, impostos aos imigrantes que os reduziam à condição de semiescravos, e à reação dos governos da Alemanha e da Itália, o Estado brasileiro assume a responsabilidade de estabelecer as condições em que os

proprietários de terra pudessem firmar contratos. Ao expandir a capacidade regulatória do Estado em relação a contratos econômicos foram criadas as condições para o desenvolvimento de um sistema de mercado, em que a interferência do Estado deveria ocorrer de acordo com os princípios liberais. Desta forma, no setor rural a transição para uma economia liberal baseada na mão-de-obra livre, foi realizada por meio da extensão da capacidade regulatória do Estado, em contrapartida ao liberalismo europeu em que esta capacidade regulatória era rejeitada (ibid.).

A extinção formal do sistema escravista em 1888 representa uma conquista em termos de cidadania superando um dos grandes obstáculos ao desenvolvimento de direitos civis pautados na noção de igualdade.

Ainda em 1888 surge a primeira lei amparando os empregados das estradas de ferro do Estado sob a forma tradicional de Caixa de Socorro, provendo pequena ajuda em períodos de doenças e garantindo um auxílio funerário (Santos, 1979, p.19). No ano seguinte, no Decreto nº 10.269, foi criado o Fundo de Pensões do Pessoal das Oficinas da Imprensa Nacional. Essas leis começam a delinear um novo processo de proteção social que começa a se ampliar, atingindo um número maior de estratos da sociedade. Esse processo foi expandido pela política republicana.

Durante a República Velha (1894-1930) os direitos civis e políticos ganham base constitucional, com a abolição do critério de renda e o estabelecimento de eleições diretas. No entanto, na prática, os direitos políticos sofriam severas restrições por meio dos mecanismos extralegais do coronelismo, que mais tarde fortalecido com a política dos governadores, fizeram a coerção, a intimidação, a corrupção do eleitorado e o voto de cabresto transformar o sistema eleitoral em um ambiente em que a oposição tinha poucas possibilidades de alcançar o poder. Os critérios de alistamento eleitoral ainda excluía os estrangeiros, mulheres, analfabetos, mendigos e menores de 21 anos, tornando assim o número de votantes baixo.

Em 1903 uma série de medidas governamentais reconhece as categorias sociais, em que reafirma a concepção da partilha profissional da população (Ibid., p.20). Depois de quatro anos, o Estado reconhece o direito das categorias profissionais, a organização e formação de sindicatos. Essa legislação cria um novo padrão de demandas, que deixa a esfera individual e se torna coletivo, em torno das categorias profissionais agrupadas em interesses comuns e

organizadas em sindicatos, iniciando o período em que o sindicalismo legalizado passa a participar da vida política e ameaçar a ordem do *laissez-faire*.

Depois de admitido o direito à organização em sindicatos, os mesmos estabelecem suas agendas de forma independente. O Estado responde à crescente força dos sindicatos por meio da coerção e repressão. No entanto, mostra-se ineficiente (ibid., p.21). A necessidade de uma nova ordem além do *laissez-faire* se torna cada vez mais evidente, marcando um período intenso de greves de trabalhadores e de resistência dos empresários a qualquer intervenção do Estado que ocorresse na forma de leis trabalhistas, que ameaçariam o princípio da não intervenção no Mercado.

O modelo de direitos da “cidadania regulada” começa a ganhar corpo em 1923 com a lei Eloy Chavez que cria a Caixa de Aposentadoria e Pensão dos Ferroviários, estabelecendo um fundo tripartido entre a contribuição dos empregadores, empregados e o Estado, com o objetivo de garantir parte do fluxo de renda, que normalmente o empregado recebia no momento em que se desligasse da produção, por velhice, invalidez, tempo de serviço, ou em caso de morte sendo direcionada aos seus dependentes, além de assistência médica (Ibid., p.24). Instaurava-se o esquema em que o empregado abdica de parte de sua renda para recebê-la no futuro quando estiver ausente do processo de produção. Porém, não se tratava de um direito inerente a todos os membros do Estado, mas de um contrato privado entre os membros de uma empresa e seus proprietários.

Ocorre uma rápida expansão do modelo previdenciário estabelecido pela Lei Eloy Chaves, estendendo-se a demais categorias profissionais, resultando na criação do Instituto de Previdência para os funcionários da União em 1923, em que o Estado passa a desempenhar funções correspondentes ao do empregador privado nas caixas e pensões empresariais, de forma que o Estado começa a atender as demandas sindicais a respeito das desigualdades geradas pelo modo de produção capitalista.

O Governo Vargas cria duas medidas que darão base à cidadania regulada (Ibid., p.76). A primeira delas em 1931 com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, ao qual seriam providos meios materiais e humanos para a execução e fiscalização da legislação trabalhista e previdenciária. A segunda medida foi a criação da carteira profissional obrigatória para os trabalhadores urbanos em 1932, que rompe com a vantagem que o empregador tinha até então, pois o trabalhador não dispunha de meios para comprovar os termos de contratos estabelecidos para assegurar seus direitos. O Decreto nº 21.175 tornou



compulsória a explicação dos termos do contrato em carteira emitida pelo Departamento Nacional do Trabalho e assinada pelo empregador; a carteira profissional passou a ser documento probatório em caso de conflito salarial ou de tempo de serviço, sendo a evidência jurídica para a garantia dos direitos trabalhistas.

Ainda durante o governo Vargas é estabelecida uma nova legislação a respeito dos sindicatos que estabelece a sindicalização por profissões, o sindicato perde a autonomia decisória sobre qual grupo de pessoas pode pertencer a ele, para ser regulamentada por lei, assim como seu funcionamento que passa a depender do registro no Ministério do Trabalho. Fica estabelecido por decreto que apenas podem apresentar reclamações trabalhistas, os trabalhadores que pertencem a algum sindicato, assim como o direito de férias apenas pode ser desfrutado por trabalhadores sindicalizados.

A regulamentação das profissões, a carteira profissional e o sindicato se tornam o pilar de sustentação da cidadania regulada, onde os direitos derivam dos direitos das profissões e as profissões dependem da regulamentação estatal. Como consequência, ao reconhecer os direitos por categorias profissionais, os padrões de demanda se tornam difusos entre as categorias e, como todas as demandas sociais dependem do reconhecimento prévio da legitimidade da categoria demandante, criavam-se barreiras para a entrada de tais demandas na arena política. Outra consequência foi criar uma desigualdade de direitos entre os membros do Estado, já que apenas podia demandar mais benefícios quem contribuísse mais para a previdência. Quanto mais bem remunerada fosse a categoria, melhor acesso aos direitos teria.

Na Constituição de 1934 é introduzido um capítulo sobre a ordem econômica e social, reconhecendo a existência dos direitos sociais, que competia a União preservar, ao mesmo tempo em que delegava aos poderes públicos competência para intervir e regular os contratos, anteriormente privados que se processavam na esfera da produção. Em 1940 ocorre a implantação da lei do salário mínimo e a Consolidação das Leis do Trabalho em 1943. A Constituição de 1946, após a queda de Vargas, não altera esse modelo de proteção social.

A partir do golpe militar de 1964 a cobertura previdenciária tem grande expansão; não altera nos primeiros anos o modelo da cidadania regulada, mas inicia o movimento de substituição por padrões mais universais de direitos sociais.

Em 1966 foi criado o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), unificando todos os institutos existentes (Ibid., p.27). Complementando a uniformização dos benefícios e serviços, promovia-se a unificação político-administrativa de todas as agências estatais responsáveis de promover serviços de proteção social. A seguir colocam-se sob a jurisdição do INPS o controle, a administração e a alocação dos recursos provenientes dos seguros relativos a acidentes de trabalho, provendo uma base institucional e organizacional ao sistema previdenciário.

A partir de 1966 quando é instituído o Fundo de Garantia, a evolução legislativa é rápida. Em 1970 promulga-se o programa de Integração Social, visando envolver o trabalhador, não precisamente no lucro de empresa, mas nos acréscimos obtidos pelo sistema econômico nacional como um todo, como forma de articular a participação do trabalhador nos lucros das empresas ao crescimento absoluto e relativo da economia nacional. Em 1971 cria-se o PRORURAL (Programa de Assistência Rural), executado pelo FUNRURAL (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural), que estende aos trabalhadores do campo, até então desassistidos, o início de uma legislação previdenciária efetiva (Ibid.,p.35). Em 1972 estendem-se às empregadas domésticas os benefícios da Previdência Social e em 1973 aos trabalhadores autônomos, abrangendo quase todos os trabalhadores urbanos na política previdenciária.

O desfecho de toda essa evolução legislativa é a criação em 1974 do Ministério da Previdência e Assistência Social, com jurisdição bastante ampla, de tal forma que a política social brasileira se distribuía a um número extenso de instituições brasileiras e a todos os membros do mercado formal, urbano e rural (Ibid., p.35).

No entanto, o FUNRURAL e o PIS-PASEP (Programa de Integração Social – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público) começam a romper com o princípio da cidadania regulada. O FUNRURAL destinado a trabalhadores rurais se distingue do sistema previdenciário urbano, rompendo com a concepção contratual da previdência. Os trabalhadores rurais não contribuíam diretamente para o fundo, além da ausência da partilha do trabalho agrícola em categorias profissionais distintas, o que forçou uma busca por outros critérios de distribuição de direitos que passam a se estender a toda a população agrária igualmente. O PIS-PASEP destinado aos trabalhadores urbanos, unifica a contribuição num só fundo, de forma que os critérios para a distribuição de benefícios não podiam mais estar ligados às categorias profissionais, obrigando também a busca de padrões mais universais,

como tempo de trabalho e renda. Rompe-se dessa forma a ordem da cidadania regulada e estabelece-se uma dinâmica diferente, surgindo uma nova pauta de direitos essenciais que deveriam ser associados ao conceito de cidadania, independentemente do processo de acumulação (Ibid., p. 118).

### **1.3.2 Cidadania no Brasil após a Constituição de 1988**

Na Constituição de 1988 os direitos políticos ganharam sua maior amplitude, incluído o voto facultativo dos analfabetos, com ampla liberdade para formar novos partidos. Também inaugurou um novo modelo institucional das políticas sociais, mudando a própria concepção do papel do Estado. Tais direitos passam a ser inerentes à qualidade de cidadão e não dependentes da contribuição previdenciária. Os princípios da descentralização e da participação formaram novas arenas e incluíram novos atores no processo de construção e desenvolvimento das políticas públicas. LOBATO (2009) defende que a inovação ocorre em três elementos: constitucionalização, abrangência e ampliação.

A constitucionalização é a incorporação na noção de direitos comuns e universais inerentes ao cidadão. Estabelecendo a relação entre direitos sociais e a cidadania plena, o cidadão não é apenas o indivíduo nascido no Brasil, mas também um membro da comunidade portador de direitos comuns e universais, sendo de responsabilidade do Estado a execução de políticas sobre o bem-estar.

A abrangência é a incorporação na agenda pública de diversos problemas sociais que passam a contar com um arcabouço legal próprio, estratégias e ações com responsabilidades definidas a partir de uma compensação específica do problema. Tal incorporação da agenda estatal rompe com o antigo modelo em que certos problemas eram tratados no campo privado. Outra questão da abrangência é a publicitação de temas polêmicos, colocando em discussão relações sociais tradicionais e excludentes, que se sobrepõe ao aspecto puramente econômico e alcançam a noção de reconhecimento como elemento central da cidadania.

Por fim, a ampliação é o reconhecimento da produção social que avança na identificação de históricos de exclusão e desigualdades sociais como geradora dos problemas atuais e a responsabilidade da sociedade sobre eles, retirando do âmbito exclusivo da responsabilidade

individual e comportamental. A inter-relação dos problemas sociais também é ampliada, sendo reconhecida a necessidade de atuação integrada entre as áreas sociais, reconhecendo a necessidade da descentralização do Estado e a intermediação com atores relevantes, assim como a falta de integração como causa da baixa efetividade.

Na Constituição de 1988, os direitos sociais passam a ter sua maior amplitude, sendo que o artigo VI estabelece:

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

A Constituição de 88 também traz uma importante inovação na administração pública, o princípio da participação. Dessa forma, o direito social, como coloca HERMANY(2006), se desenvolve nas seguintes linhas:

O direito social que se pretende apoiar-se numa ideia de cidadania governante e não como simples destinatária das decisões públicas tomadas pelo corpo de tecnocratas. (...) O Direito Administrativo passa a ser influenciado por uma proposta que priorize a participação dos cidadãos na formação das políticas, numa estratégia de formulação compartilhada. (Hermany, 2006, p.1731)

A participação e o controle externo sobre a administração se tornam elementos da constituição da cidadania, em que temos a participação dos atores sociais na formulação das políticas públicas, criando mecanismos de controle sobre as práticas administrativas.

#### **1.4 Cidadania Indígena**

A cidadania indígena se desenvolveu de forma diferente da cidadania nacional. Até a Constituição de 1988 a política indigenista do Estado brasileiro tinha como objetivo a assimilação e civilização dos povos indígenas. Tais objetivos ainda se fazem presentes no atual Estatuto do Índio. A cidadania regulada não se estendeu aos índios, pois as políticas sociais oferecidas pelo Estado, embora não na condição de direito inerentes à cidadania, não dependiam da contribuição previdenciária, mas eram constituídos como filantropia e não como um direito constitucional.

A primeira legislação a respeito dos direitos indígenas ocorre em 1680, por meio do Alvará Régio, em que Portugal reconhece que se deve respeitar a posse dos índios sobre suas terras, por serem os primeiros ocupantes e donos naturais, mas tal documento foi pouco respeitado (Araújo et al. 2006).

Em 1755 ocorre uma significativa mudança na questão indígena. A política indigenista de D. José I, implantada pelo seu Ministro dos Negócios Estrangeiros e da Guerra, o Marquês de Pombal, por meio da lei conhecida por “Diretório dos Índios”, declara a liberdade indígena e transforma os índios em vassalos do Rei, assim que fossem civilizados; também previa o incentivo de casamentos entre colonos brancos e indígenas e a punição contra discriminações. Essa liberdade seria sobre as condições da tutela, em que os índios não são equivalentes legalmente aos demais súditos e são considerados incapazes de reger a si próprios dentro da sociedade civilizada, necessitando assim de um representante de seus interesses junto ao Estado. Tal representante era o diretor das aldeias, que era como um mediador dos índios junto à comunidade colonial, com o objetivo de civilizá-los.

No entanto, essa legislação tem curta duração, após o período pombalino (1750-1777). Ocorre a revogação do Diretório dos Índios em 1798, sob a justificativa que a revogação aboliria as diferenças entre os índios e os demais vassalos livres, para que todos ficassem em igualdade, dividindo os índios em duas categorias: os “índios da mata”, que ainda precisavam da tutela, e os “aldeados”, que viviam nos aldeamentos misturados entre a população e deveriam ser considerados livres (Sposito, 2009). O aldeamento era constituído de áreas onde comunidades indígenas eram reunidas sob a administração de ordens religiosas, que seguiam o Regimento das Missões de 1686, visando facilitar a catequese.

A edição da Carta Régia de 1808 declarava como devolutas as terras que fossem conquistadas dos índios nas “Guerras Justas”, declaradas por D. João VI contra os índios de Minas Gerais e São Paulo, os quais são considerados sanguinários e que “apenas o terror das armas os fariam submissos”. A condição de terras devolutas permitia que as terras indígenas fossem concedidas a quem o governo português estabelecesse (Ibid.).

Posteriormente no período imperial duas medidas são tomadas. No início do primeiro reinado o governo anula as cartas de D. João VI e delega ao poder legislativo das províncias o serviço de promover a catequese e a civilização dos indígenas. No início do segundo reinado, os índios foram equiparados à condição de órfãos, sendo aplicada a eles a tutela, que é a representação jurídica por meio do Estado, cabendo ao juízo de órfãos à administração de

seus bens. Dessa forma estabelece um novo parâmetro da política indigenista do Estado com base na instituição da tutela.

Na primeira Constituição da República em 1891, no artigo 64, as terras consideradas devolutas são transferidas para os Estados, assim como o serviço de catequese e civilização é transferido ao poder executivo dos Estados. Segundo Darcy Ribeiro, nos primeiros vinte anos de república nada se fez para regulamentar as relações com os índios, a expansão ferroviária, pluvial e telegráfica abriu novas frentes de luta contra os índios, marcando o período de violência que leva tribos inteiras ao extermínio. As notícias dessas lutas ocupavam espaços nos jornais, eram discutidas nas Assembleias Legislativas, associações científicas e instituições filantrópicas, que demandavam providências do Estado (Ribeiro, p.128, 1970), ganhando apoio dos habitantes das cidades longes das fronteiras de expansão econômica nas quais ocorriam os conflitos.

Nesse debate a respeito da busca de uma solução pacífica para a questão indígena, contrapõe-se duas correntes distintas: a religiosa, que defendia a catequese religiosa ao catolicismo financiada pelo Estado, e a laica que defendia a assistência protetora ao indígena diretamente pelo Estado, sem proselitismo religioso. A experiência de pouco sucesso, ocorrendo por vezes resultados desastrosos, que as missões religiosas vinham sofrendo, fortaleceu a opção laica, tendo à frente os positivistas que contavam com as experiências bem sucedidas de Rondon na pacificação das comunidades indígenas. A experiência de Rondon, além de fortalecer a opção laica, acaba fornecendo os exemplos concretos que refutavam os argumentos dos que não acreditavam em soluções pacíficas para a questão, e defendiam uma suposta incapacidade dos indígenas de serem civilizados. Portanto, aqueles que defendiam a assimilação ganhavam força em detrimento daqueles que defendiam o extermínio sistemático dos povos indígenas, tornando a assimilação a política indigenista oficial do Estado. Ao adotar a opção laica evitaram-se as consequências negativas da assimilação pela religião entre elas: intolerância dos missionários pela cultura indígena; a despreocupação das missões com a garantia da posse de terra; práticas de desmembramentos das famílias indígenas; e a competição entre as missões católicas e protestantes que provocavam rupturas da solidariedade das comunidades (Ribeiro p.440, 1970).

Impulsionado pela acusação pública contra o Brasil pelo massacre dos índios Coroadó, Kaigag e Xokleng, no Congresso Internacional de Americanistas em Viena, e como resposta ao crescente debate nacional sobre a violência na questão indígena, contribuindo para o

debate os métodos de persuasão desenvolvidos por Rondon, foi criado o Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais pelo Decreto n. 8.072 em 1910, presidido pelo Coronel Rondon (Ribeiro, p.129, 1970).

O SPI tinha o objetivo de proteger o índio na sua relação com a sociedade e dar condições para que os índios se desenvolvessem, prevendo sua integração na civilização por mediação do órgão. O SPI objetivava a construção de “centros de atração” de índios hostis e arredios que seriam paulatinamente incorporados em povoações em caminhos de hábitos mais sedentários; por fim, constituiriam centros agrícolas nos moldes do trabalho rural brasileiro e receberiam uma porção de terra para se instalarem juntamente com os sertanejos. Dessa forma seriam assimilados e incorporados ao Estado nacional pelo trabalho como lavradores. Promovendo tanto a função de amparo ao índio quanto de recrutamento de trabalhadores rurais, assim da mesma forma que resolvia a questão indígena, também contribuía na solução da reorganização da mão-de-obra rural, suprimindo, em parte, a lacuna deixada pela abolição (Junqueira, 1984).

No entanto, a atribuição do recrutamento de mão-de-obra rural foi transferida a outro órgão, cabendo ao SPI unicamente a questão indígena. O objetivo da política indigenista ainda não era a proteção da cultura, mas um modo pacífico e sistemático de aculturação. O índio só seria aceito como uma categoria transitória, como um futuro não-índio. Porém, havia a percepção de que essa transição não poderia ocorrer de forma abrupta; portanto, a proteção deveria ser em seu próprio território, o que pressupõe não apenas um novo argumento para o direito dos indígenas à posse sobre suas terras, mas um abandono da prática colonial de civilizar o indígena por meio de sua transferência a vilarejos, o que o colocava longe de suas condições de subsistência e numa posição dependente (Ribeiro, 1970, p.127).

O positivismo de Rondon e sua equipe negava a visão de uma suposta incapacidade ou inferioridade biológica e racial dos indígenas, como determinante de sua situação de “atraso”, defendendo que, dada às devidas condições, os indígenas seriam capazes de se desenvolver em direção às condições que se consideravam na época as mais avançadas das sociedades “civilizadas”, nas bases de um evolucionismo humanista de August Comte. Dessa forma, a obra de proteção aos índios seria puramente social, abandonando a abordagem religiosa; teria o objetivo de “amparar os povos indígenas em suas necessidades, defendê-los do extermínio e resguardá-los contra a opressão”, embora o SPI não tivesse poder algum na questão da propriedade das terras devolutas, ainda sobre responsabilidade dos Estados. Apesar do caráter

evolucionista do positivismo, em 1956 a Conferência Internacional do Trabalho, reunida em Genebra aprovou como recomendação para a orientação das políticas indigenistas de todos os países um documento inspirado em grande parte na legislação brasileira. Portanto, considerando o contexto histórico, a ideologia positivista do SPI era tida como o que havia de mais avançado em termos de resolução pacífica na relação entre os Estados e povos indígenas.

Como parte da proteção da instituição da tutela, no Código Civil de 1916, os índios foram considerados relativamente incapazes pelo artigo n.6; foi exigida a assistência e mediação do SPI, caso contrário os atos jurídicos eram considerados nulos ou eram anulados.

Em 1928 o Decreto n.5484 regula a situação jurídica dos índios que emancipa os índios da tutela orfanatória, pela qual é facultado o direito de dispor como quisessem dos seus haveres e designar o seu sucessor em qualquer função; é facultado ainda que, na ausência dessa designação, seria respeitado qualquer meio tradicional de herança ou sucessão adotada pela tribo interessada, incapacitando qualquer autoridade, senão o inspetor do SPI, de interferir nesse processo. A capacidade jurídica dos indígenas ainda sofre restrições enquanto não se incorporasse “eles a sociedade civilizada”. Nesse caso caberia ao inspetor do SPI a gestão dos bens que possuíssem por doações e saldos em dinheiro que deveriam ser empregados pelo inspetor em benefício da comunhão indígena. Eram ainda nulos os atos praticados entre “indivíduos civilizados e índios”, salvo quando representados pelo inspetor do SPI. Os índios foram divididos em quatro categorias: nômades; arranchados ou aldeados; pertencentes a povoados indígenas; pertencentes a centros agrícolas ou que vivem com civilizados.

No entanto, esse Decreto acarreta uma assertiva que visa a resolução pacífica contra conflitos, no Capítulo dos Crimes contra Índios, crimes de qualquer natureza, cometidos por civilizados contra índios, são considerados sempre como praticados de “superior contra inferior”, categoria a qual o Código Penal agrava as penas, o que inclui os “crimes contra a honra e honestidade das mulheres indígenas”, mesmo que exista consentimento da paciente, de seu pai, marido, irmão ou chefe de tribo; assim como agrava as penas de invasões das terras indígenas, tanto com o fim de hostilizá-los quanto de explorar as riquezas naturais das terras, prevendo como pena mínima a prisão por três anos, além daquelas que incorrer por violência. Em relação aos crimes cometidos por índios, que tenham menos de cinco anos de estabelecimento em povoação, seriam equiparados a crimes cometidos por menores. Já os índios que tivessem mais de cinco anos de estabelecimento em povoação teriam metade das



penas a qualquer infração na legislação penal comum, podendo influir atenuantes, mas não agravantes do Código Penal. Seriam apenas tratados como cidadãos comuns na questão penal aqueles considerados na categoria de pertencentes a comunidades agrícolas.

A base positivista, que foi importante para a resolução pacífica da questão indígena, começa a ser substituída em 1939, em decorrência do Decreto n.1.794 que cria no Ministério da Agricultura, o Conselho Nacional de Proteção aos Índios, com a função de sugerir ao Governo a adoção de medidas. A partir de então começa a ocorrer uma mudança ideológica no SPI, pois o Conselho passa a ser composto por “pessoas de ilibada reputação e comprovada dedicação à causa da integração dos silvícolas à comunhão brasileira”. Essas pessoas eram antropólogos destacados que passam a atuar na política, tais com Darcy Ribeiro, Roberto Cardoso de Almeida, entre outros, que levam as premissas antropológicas da época ao órgão, que já se encontravam bastante diferentes da época em que o SPI foi fundado em 1910, tendo o Evolucionismo sido superado pelo Funcionalismo na década de 20, o desenvolvimento do Culturalismo na década de 30 e do Estruturalismo na década de 40. Portanto, o SPI começa a se distanciar de sua ideologia positivista original.

Porém, apesar de o SPI carregar o objetivo assimilacionista, RIBEIRO aponta para duas vantagens que a sua proteção trouxe: a) a criação de condições artificiais de interação que atrasou o processo de integração, dando aos índios maior tempo e maior liberdade para resistência ao processo; b) garantiu aos grupos indígenas a posse indisputada de um território em que podiam manter sua própria economia comunitária (Ribeiro, 1970).

Paralelamente o SPI sofre diversas crises: crise financeira, crise política, criada pelos poderes locais, e crise de recursos humanos não qualificados para lidar com questões complexas como assimilação e aculturação. Ainda assim obtém sucesso na pacificação de comunidades hostis sem recorrer à violência, o que por si é um avanço considerando a intensidade dos conflitos nas fronteiras de expansão da sociedade nacional sobre territórios ocupados por indígenas, ainda que essa pacificação fosse sobre uma base assimilacionista. Não foi o extermínio sistemático comum ao século anterior e, portanto, representa uma mudança ideológica do Estado na condução da questão, o que pode ser observado no fato de que todas as Constituições brasileiras posteriores a criação do SPI asseguram ao indígena a posse da terra, ainda que na realidade concreta seja a principal causa de conflito até os dias atuais.

Entre 1950 e 1954 o diretor do SPI, José Maria da Gama Malcher, inicia um esforço para substituir definitivamente a ideologia positivista do SPI, contratando etnólogos. Tal esforço gera avanços por um breve período, pois o SPI sofre uma crise quando se torna objeto de barganha eleitoral entre os partidos políticos, sendo entregue em 1955 ao PTB. Devido à reação negativa por parte dos servidores do SPI em face desse processo, foi retirada do órgão a influência direta dos partidos, sendo classificado como “órgão de interesse militar”, cuja direção poderia ser entregue a oficiais na ativa (Ibid., 147). Nesse meio tempo o SPI passa por diversos Ministérios, o que demonstra a indefinição da questão indígena no Estado brasileiro. Até 1930 pertencia ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio; em 1930, passa para o Ministério do Trabalho; quatro anos depois, é transferido ao Ministério da Guerra, por meio da inspetoria de fronteiras, para, em 1940, retornar ao Ministério da Agricultura.

No período Jânio Quadros, ocorre uma mudança no modelo de demarcação de terras com a criação do Parque Nacional do Xingu em 1961, fruto de lutas iniciadas nos anos 50, cujo fundamento era o de preservar as condições em que viviam os povos indígenas da região do Xingu. Dessa forma ocorre uma inovação da relação entre o Estado nacional e os povos indígenas quando, pela primeira vez, objetiva-se a reprodução sociocultural dos povos indígenas e não sua mera civilização e assimilação (Araújo et al. 2006, p.24).

Em 1962 o índio deixou de ser considerado relativamente incapaz, mas foi mantido o regime tutelar, que representava uma restrição aos direitos civis, uma vez que os índios dependiam da representação do SPI para exercício de seus direitos.

O Período Militar trouxe uma série de medidas para a questão indígena. Na Constituição de 1967, as terras indígenas passam a fazer parte do patrimônio da União, que centraliza a questão indígena na esfera federal. Também foi reconhecido aos índios o direito de usufruto exclusivo dos recursos naturais existentes em suas terras, dando-lhes instrumentos jurídicos para lutar contra o desrespeito ao meio ambiente, por parte dos fazendeiros, empresas mineradoras e qualquer particular que explorasse os recursos naturais das terras indígenas. A Constituição também declarava a nulidade e a extinção dos atos que incidissem sobre a posse de terras indígenas, excluindo qualquer direito de indenização, sendo tal mecanismo alvo da crítica de constituir um atentado contra a propriedade privada.

No final da década de 60, o SPI sofreu diversas denúncias de irregularidades administrativas, corrupção e gestão fraudulenta do patrimônio indígena. O governo federal se

prontificou a esclarecer as denúncias, punir os culpados e criar um novo órgão indigenista (Ibid., p.31). Desta forma extinguiu o SPI em 1967 e criou a FUNAI, com competência para exercer o papel de tutor dos índios, garantir a posse permanente das terras habitadas e o usufruto exclusivo dos povos indígenas. Porém, na prática a FUNAI aproveitou da antiga estrutura de pessoal, recursos e estruturas do SPI, o que representa um obstáculo ao objetivo anunciado pelo governo de romper com o antigo SPI e começar algo inteiramente novo. A FUNAI foi marcada pela intervenção dos militares em seus primeiros anos; era responsável por ações de saúde, educação, assistência, proteção de terra, meio ambiente e representação do índio.

A nova legislação indígena do governo militar tomou forma na Lei 6.001 de 1973. O Estatuto do Índio tinha como propósito, anunciado em seu primeiro artigo: “integrar os índios à sociedade brasileira, assimilando-os de forma harmoniosa e progressiva”. No entanto, o Estatuto traz importantes inovações, dentre as quais podemos destacar:

- determina que as terras indígenas sejam demarcadas por iniciativa e orientação da FUNAI, constituindo a base jurídica para a edição dos decretos que passam a regulamentar a matéria e prevê que a demarcação deverá ser homologada pelo Presidente da República e registrada na Secretaria de Patrimônio da União; estabelece também que o direito dos índios à posse de terra independe de sua demarcação.

- Reconhece que se estende a proteção de leis, assim como aos demais brasileiros, resguardados usos, costumes e tradições indígenas, e também descentraliza a proteção das comunidades indígenas aos Estados, Municípios e órgãos a eles vinculados.

- Diferencia os indígenas em três categorias: não integrados, em vias de integração e integrados. No que diz respeito aos direitos civis e políticos, prevê que o exercício desses direitos depende da verificação de condições especiais. Dessa forma, os integrados eram capazes do exercício de seus direitos, e os não integrados e em vias de integração ainda deveriam ser tutelados.

- Substitui o termo silvícola por índio, não limitando o exercício do direito à terra apenas aos indígenas isolados na selva.

- Estipula a exclusividade dos indígenas de explorar e comercializar as riquezas dos solos de suas terras e uma participação nos resultados da exploração do subsolo, que competiria à União.

- Proíbe a intervenção da União nas terras indígenas, exceto em casos excepcionais enumerados pela lei, casos em que deve ser precedida de Decreto Presidencial e executada por “meios persuasivos”, e estabelece a indenização por qualquer prejuízo ao patrimônio indígena, independentemente do autor.

- Concede à FUNAI a capacidade de solicitar ajuda da polícia e colaboração das forças armadas e da polícia federal.

- Admite que as comunidades apliquem suas sanções aos seus membros, desde que não sejam cruéis e difamatórias. Em casos de infração penal, as penas serão atenuadas e o grau de integração do culpado deverá ser levado em consideração.

No entanto, mesmo o Estatuto e a Constituição tendo reconhecido o direito à posse de terra, nas décadas de 70 e 80, foram autorizadas expansões econômicas, grandes obras e exploração de recursos em terras indígenas. Na época, a FUNAI já não pertencia mais ao Ministério da Agricultura, estando subordinada ao Ministério do Interior. Porém, esse mesmo Ministério estava responsável pelos projetos de desenvolvimentos em áreas inóspitas, o que incluía o Programa Polonoroeste e a rodovia BR-64. Portanto, a FUNAI estava sujeita ao programa nacional-desenvolvimentista do Estado, que acaba sobrepujando o direito à terra dos povos indígenas (Junqueira, 1984, p.16). Temos como exemplo a desocupação de comunidades de suas terras tradicionais para a realização da Transamazônica. Essa extradição é executada pela própria FUNAI a pedido do governo federal, sendo desalojadas cerca de vinte tribos isoladas, nove assimiladas e oito de contato intermitente (Ibid.). Isso acaba por criar conflitos entre a FUNAI e as próprias comunidades que deveria proteger.

A Constituição de 1988 traz grandes mudanças na questão indígena, iniciando um período de avanços no reconhecimento dos direitos indígenas, ao estabelecer um novo padrão de relacionamento com o Estado, garantindo, pela primeira vez, os direitos territoriais e culturais dos povos indígenas como constitucionais. Nas constituições anteriores, os povos indígenas apenas passam a ser mencionados a partir da Constituição de 1934, em seu primeiro capítulo que estabelece que cabe à União legislar sobre a “incorporação dos silvícolas à comunhão nacional”. Essa atribuição está ausente na constituição de 1937, mas retorna na Constituição de 1946 e permanece no segundo capítulo da Constituição de 1967, que apresenta uma alteração em relação aos povos indígenas, que é considerar como bens da União as “terras ocupadas pelos silvícolas”. A Constituição de 1988 mantém esses dois itens com a alteração de que compete à União legislar sobre “as populações indígenas”, abandonando o termo

“incorporação à comunhão nacional”, o que reflete uma mudança da postura assimilacionista, e inova em seu capítulo dedicado aos povos indígenas os seguintes pontos:

- reconhece a cidadania plena dos índios, dando aos indígenas os mesmos direitos e prerrogativas do resto da população, incluindo o reconhecimento de sua capacidade jurídica plena, sem intermediação da instituição da tutela. Decretando no artigo 232 que:

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.

- Afasta definitivamente a perspectiva assimilacionista, reconhecendo o direito à diferença e os direitos culturais, entre eles a sua organização social, práticas tradicionais, costumes, crenças, uso de língua materna e dos processos próprios de aprendizagem, passando a integrar o patrimônio cultural brasileiro. Na Seção II Da Cultura, o artigo 215 diz:

O Estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura nacional, e apoiará e incentivará a valorização e a difusão das manifestações culturais.

§ 1º - O Estado protegerá as manifestações das culturas populares, indígenas e afro-brasileiras, e das de outros grupos participantes do processo civilizatório nacional.

§ 2º - A lei disporá sobre a fixação de datas comemorativas de alta significação para os diferentes segmentos étnicos nacionais.

E no Artigo 216:

Constituem patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial, tomados individualmente ou em conjunto, portadores de referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira, nos quais se incluem:

I - as formas de expressão;

II - os modos de criar, fazer e viver;

III - as criações científicas, artísticas e tecnológicas;

Sendo que declara na mesma seção, que danos e ameaças ao patrimônio cultural serão punidos, na forma da lei.

A Constituição de 1988 também dedica um capítulo para os povos indígenas. No capítulo VII “Dos Índios” estabelece no artigo 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

Protegendo também o direito imprescritível à terra como posse permanente, inalienável e indisponível, apenas sendo possível a remoção quando o Congresso Nacional declarar caso de catástrofe ou epidemia que ponha em risco a população que nelas habitam, ou nos casos declarados como interesse de soberania nacional, sendo que estipula o retorno da posse imediato logo que cesse o risco.

A Constituição atribui ao Ministério Público Federal o dever de garantir os direitos dos índios e de intervir em todos os processos judiciais que digam respeito a esses direitos, estabelecendo a Justiça Federal para julgar as disputas sobre os direitos indígenas.

Em tal Constituição pendeu o resultado de lutas e intensa mobilização por parte dos índios e de setores da sociedade civil, incluindo a campanha “povos indígenas na constituinte” organizada pela UNI (União dos Povos Indígenas) e várias outras organizações de apoio (Ibid.). No entanto, o Estatuto do Índio ainda não foi substituído. O projeto de lei foi apresentado em 1991 no Congresso Nacional; em 1992, criou-se uma comissão especial para analisar o assunto, que, em 1994, aprovou como substituto do Estatuto do Índio o estatuto das Sociedades Indígenas. Porém, está bloqueado desde 1995 na Câmara dos Deputados. Os povos indígenas, porém, ainda estão submetidos à instituição da tutela, que não é mais a tutela jurídica, mas um obstáculo à autogestão e administração de suas terras.

As opiniões a respeito da tutela são bastante divergentes. Se, por um lado, ocorre uma distorção na tutela que, em um primeiro momento, objetivava a proteção contra a violência das expansões das fronteiras econômicas e, com o tempo, passa a ser utilizada como mecanismo de controle e sujeição e uma proibição à livre manifestação da vontade dos tutelados, acabando por se tornar um obstáculo à plena realização dos direitos civis; por outro lado, porém, a tutela é a única proteção dos direitos especiais dos indígenas, entre os quais se encontra o acesso à terra, de tal forma que é defendido, por alguns indigenistas, que, enquanto não forem criadas condições de uma relação multicultural simétrica entre os povos indígenas e a sociedade nacional, não será possível abolir a instituição da tutela sem criar grandes riscos para as comunidades indígenas.

A terra ainda é o maior problema dos povos indígenas, e o principal entrave das legislações indigenistas e do novo Estatuto dos Povos Indígenas; é ainda a maior fonte de conflitos, tanto violentos nas áreas disputadas, quanto ideológicos no Congresso, no Senado e no poder executivo.

## 2. Reforma na Saúde.

No capítulo anterior foram apresentados os elementos do Núcleo Central do qual emerge a política de saúde indígena atual. Porém, torna-se necessário dar atenção à Reforma Sanitária por três razões fundamentais: a primeira é uma razão paradigmática, pois, além de ter sido imprescindível para a formação do Núcleo da Política pesquisada, alterou o próprio paradigma da política nacional de saúde, introduzindo um novo conjunto de ideias que a estruturam; a segunda razão é mais estrutural, pois a Reforma Sanitária inicia uma reforma institucional na legislação pertinente à saúde pública, da qual a saúde indígena é uma subárea; a terceira razão envolve a formação da coalizão que se torna dominante no subsistema da saúde pública, assim como uma das partes principais que forma a coalizão que será dominante no subsistema da saúde indígena.

Esse debate que altera o paradigma da saúde pública não começa no Brasil. Portanto, começaremos na primeira parte desse capítulo demonstrando a influência internacional no debate nacional; demonstrando a origem das respectivas correntes, usando o conceito de “regime internacional” para explicar a influência dos atores internacionais no ambiente nacional.

A segunda parte desse capítulo será sobre a Reforma Sanitária no Brasil. Utilizaremos, principalmente, os trabalhos de PAIM e ESCOREL, complementando com outros autores e documentos. Demonstrando que a Reforma Sanitária é um movimento que se inicia na sociedade civil, ganha espaço e aliados no Estado, iniciando mudanças no final do Período Militar, tendo um importante papel na área da saúde da Constituição de 1988 e na formação do SUS.

### 2.1. Regime Internacional

Podemos observar como os atores internacionais podem influenciar as políticas públicas de um país por meio do conceito de “regime internacional”, formulado por Robert Keohane e Joseph Nye, e desenvolvido por outro conjunto de autores, em que o regime internacional é entendido como um conjunto de acordos governantes ou uma rede de regras, normas e



processos que regulariza comportamentos e controla efeitos, constituindo um dos recursos mais poderosos que determinam a influência dos atores internacionais nas políticas domésticas, assim como o grau de envolvimento de suas instâncias, podendo promover ou constringer ideias e opiniões, influenciando a preferência dos atores envolvidos em uma política pública (Howllet, Ramesh, Perl, 2009, p.76). Há uma grande variedade entre os regimes, podendo estar baseado em convenções ou coerção com alguma punição prevista, sendo administrada por organizações formais ou códigos morais, mostrando-se presente nas áreas mais proeminentes das políticas públicas.

Um dos recursos de bastante relevância do regime internacional é o conhecimento prático e teórico dos atores no setor da política pública (Ibid.). As organizações internacionais são também repositórios vastos de conhecimento, aos quais os governos recorrem quando formulam uma política pública. São os diferentes níveis de conhecimento e de capacidade de financiamento os determinantes centrais da influência dos atores internacionais em uma política doméstica.

No setor da saúde, podemos destacar a influência do regime internacional no Brasil por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), criada em 1902, da qual o Brasil é membro desde 1929. A partir da década de 1950, a OPAS difunde em seus países membros uma progressiva inclusão da questão social na saúde. Por meio da OPAS, a América Latina recebe sua influência do modelo preventista norte-americano e posteriormente do modelo europeu da medicina social, mudando progressivamente o foco do indivíduo para o social.

Na educação médica, no começo do século XX, nos EUA predominava o modelo flexneriano, tendo como base principal o relatório de Abrahan Flexner, em que a doença é um processo natural e biológico, desconsiderando o social, o público e a comunidade no processo de saúde/doença (Pagliosa e DaRos, 2008). No entanto, a partir da década de 20 um novo movimento emerge nas escolas médicas norte-americanas, o movimento preventista. Embora apresente a ação do indivíduo como centro, introduz o papel da ecologia como o conjunto de relações estabelecidas com o ambiente, no qual se encontra incluso o social. De acordo com AROUCA (1975), o movimento preventista estaria baseado em três pilares:

- higiene, que consistiria no ensino à população das medidas higiênicas por meio de publicações, reafirmando as responsabilidades individuais perante a saúde.

- Redução de custo diante da situação da crise de 1929. No contexto da discussão entre a organização de um sistema de saúde e a redefinição do papel do Estado nas políticas sociais dos EUA, inicia-se uma disputa entre o governo, na tentativa de organizar um sistema de saúde, e o setor médico, que se posiciona contra a intervenção do Estado, defendendo que a função médica deveria ser exercida pelo profissional e não por uma medicina estatal.

- Redefinição das responsabilidades no interior da educação médica, em que surge a incorporação da medicina preventiva nas reformas curriculares, dando origem aos Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) nas universidades; em práticas focadas na responsabilidade direta do indivíduo em sua saúde e de sua família.

Por meio da OPAS a medicina preventiva instaura um discurso normativo que é difundido pelo continente americano nas escolas médicas, realizando uma série de encontros e conferências internacionais que levam a preparação de um seminário básico, objetivando a implementação do ensino da medicina preventiva na América Latina, tendo como o principal marco histórico o Seminário de Viña del Mar, no Chile, e Tehuacan, no México, em 1956. Esses encontros concluem que os DPMs deveriam promover uma mudança nas escolas médicas integrando a medicina preventiva em seus currículos e deveriam iniciar um sistema de relações com os órgãos de saúde e o ambiente acadêmico. Esse seminário se desdobrou em seminários nacionais em diversos países da América Latina

Porém, esse movimento que nasce na sociedade civil norte-americana, no contexto de resistência à intervenção do Estado, quando é difundido para diversos países da América Latina, em que o Estado assume um papel mais central na formulação e condução das políticas de saúde, o movimento preventista começa a se aproximar da burocracia estatal.

A questão social que começava a entrar no debate da medicina preventiva altera gradualmente o enfoque no indivíduo, dando lugar aos determinantes sociais na saúde e ao papel do coletivo nas atribuições médicas. Essa mudança teórica da medicina preventiva abre um espaço que será ocupado pelos instrumentos de análise das Ciências Sociais, tendo como grande referência a reunião a respeito da educação médica de um grupo de especialistas em 1964, em Washington, com base nos seminários da década de 1950, que ampliam a abordagem da medicina preventiva para englobar a medicina social.

A medicina social surge na Europa no século XIX e ressalta a importância dos fatores sociais na relação saúde/doença e a relação da medicina com assuntos públicos. Após um

longo período essa tendência reaparece em 1942 na Inglaterra, com a criação do Instituto de Medicina Social em Oxford e se propaga por outros países da Europa, mas encontra resistência para ser adotada pelos EUA. A OPAS começa a difundir a medicina social na segunda metade da década de 60, sendo observado um grande destaque para seu dirigente, Juan César Garcia, que incluía na medicina uma visão marxista, que a relacionava com a superestrutura, usando as Ciências Sociais como instrumento teórico (Castro e Germano, 2010). A OPAS que já acumulava um proeminente capital político na América Latina e se consolidava como um importante ator do regime internacional no setor da saúde, apoia a criação e a consolidação de vários programas de pós-graduação de medicina social na América Latina, tendo como um de seus principais meios de disseminação dois seminários ocorridos em 1968 e 1978, no Equador, que fornecem as bases para a criação de programas de pós-graduação sediados no Brasil, no México e no Equador, sendo que no Brasil formam profissionais que integrariam o Movimento Sanitário.

## **2.2 Reforma Sanitária no Brasil**

No Brasil, o modelo de saúde predominante era o sanitarismo campanhista, que consistia principalmente em sanear espaços públicos, especialmente os portos e controlar doenças, dirigido pela Diretoria Geral de Saúde Pública, subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Com a Lei Eloy Chaves surge à assistência médica ligada à contribuição previdenciária, em 1930 é instituído o Ministério da Educação e Saúde, responsável por coordenar as ações de saúde de caráter coletivo.

O modelo preventista, difundido pela OPAS, ganha corpo no Brasil com a instituição dos Departamentos de Medicina Preventiva (DPMs) na década de 50, sendo incorporados nos currículos das universidades na Reforma Universitária de 1968.

Na década de 60 quando a OPAS passa a difundir a medicina social na América Latina, ocorre também nos DMPs das universidades brasileiras, um processo crítico ao modelo de saúde em vigor. A questão social no processo saúde/doença foi progressivamente sendo incorporada e difundida pelos DMPs, construindo novos marcos teóricos e metodológicos, iniciando a teoria social da medicina no Brasil, que passa a compor o campo da saúde

coletiva (Escorel, 2009, p19). Essas bases teóricas já se encontram amplamente desenvolvidas na década de 70.

No governo Geisel (1974-79) ocorre uma expansão dos movimentos sociais, em que setores da sociedade civil se organizam para exercer pressões para a democratização. O diagnóstico do II Plano Nacional de Desenvolvimento, lançado no final de 1974, recomendava como necessária a implementação de reformas institucionais e administrativas, assim como estímulos para o campo social, resultando na abertura de espaços institucionais para novos atores. No entanto, muitos desses espaços são ocupados por técnicos ideologicamente divergentes do *status quo*, que defendem propostas alternativas, incluindo em três instituições que exercem influência na saúde pública (Ibid.,p.63): o setor de saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (CNRH/Ipea), a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Opas (PPREPS/Opas).

O Movimento Sanitário como um ator coletivo tem sua origem na sociedade civil, inicialmente participando do estabelecimento da agenda pública por meio das conferências, seminários e reivindicações, avaliando a situação da saúde e defendendo a necessidade de mudança. No entanto, a partir do ponto em que começa a ocupar a burocracia estatal, ganhando um lado civil e outro estatal, começa a ocupar outros lugares do subsistema e levar suas ideias e projetos no interior de setores mais restritos das políticas de saúde, disputando com outros atores, sobretudo com aqueles que carregavam ideias mais conservadoras defendendo o sanitarismo campanhista, conseguindo colocar em prática alguns de seus projetos.

Podemos entender o surgimento desse novo movimento a partir da leitura de Escorel (2009) que demonstra que o Movimento Sanitário nasce da articulação de diferentes núcleos que passam a compor suas bases, sendo eles o núcleo acadêmico (em especial os DPMs), o movimento estudantil da área da medicina, o CEBES (Centro Brasileiro de Estudo em Saúde) e o movimento trabalhista da área médica

O movimento estudantil começa a se organizar nas Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária (SESACS) de 1974 a 1978, com o objetivo de discutir os determinantes sociais, econômicos e políticos da estrutura da saúde, adotando uma consciência politizada da questão, defendendo também a democratização e o posicionamento contra a privatização da

saúde, difundindo o pensamento do movimento e a consciência política na medicina entre os estudantes.

O CEBES encontra sua origem na reunião anual de 1976 da SBPC (Sociedade Brasileira de Progresso para a Ciência) em que um conjunto de pessoas, ligadas aos departamentos de medicina preventiva e social, discutiu a formação de uma nova entidade capaz de englobar a medicina social. A reunião desse grupo na SBPC atraiu integrantes do Partido Comunista Brasileiro, ampliando assim o debate político da saúde. Dessa discussão nasce a proposta da criação do CEBES. O CEBES utiliza dois instrumentos para a difusão de suas crenças para a dimensão nacional: a publicação da revista “Saúde em Debate” e a promoção de encontros, debates e reuniões. No entanto, o CEBES não concentra suas críticas e propostas apenas no setor da saúde e na defesa de um sistema de saúde público e de acesso universal, mas também na luta para a democratização da sociedade, incluindo seu núcleo de Brasília que buscou representação parlamentar, ocupando cargos públicos e assessorando parlamentares na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Em 1978, ocorre o Encontro dos Secretários de Saúde das Capitais do Nordeste, em que é defendido o acompanhamento crítico do CEBES para ajudar a definir o conteúdo da Reforma Sanitária; no ano seguinte, o CEBES propõe a criação do SUS.

O movimento sindical médico buscou colocar em prática os aspectos teóricos e ideológicos dos outros núcleos. Em 1977, o Movimento da Renovação Médica ganhou as eleições da diretoria da Sociedade de Medicina e Cirurgia defendendo a atividade sindical, difundindo uma consciência trabalhista entre os profissionais de saúde, adotando os mecanismos sindicais de reivindicações, e se articulando com os sindicatos das demais categorias, tomados pela renovação democrática. A ausência de direitos trabalhistas dos médicos residentes impulsiona sua adesão nos sindicatos, que se comunica com o Movimento da Renovação Médica, resultando uma intensa atividade sindical que irrompe em greves no setor entre 1978 e 1981, tornando-se mais um ponto de oposição ao regime político.

Usando o trabalho de Fleury (2009), podemos identificar quatro princípios que orientam o Núcleo da Política proposto pelo Movimento Sanitário:

- princípio ético-normativo, que insere a saúde como parte dos direitos humanos;
- princípio científico, que compreende a determinação social do processo saúde doença;

- princípio político, que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática;

- princípio sanitário, que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação.

A ocupação dos atores que formariam o Movimento Sanitário nas instituições responsáveis pela política de saúde viabiliza três grandes projetos na segunda metade da década de 70 (Escorel, 2009, p. 135): 1) o Plano de Localização de Unidades de Serviços (PLUS), um projeto que aplicou o princípio da universalidade dos serviços e estabeleceu vínculos cujos quadros serão em parte compostos pelo núcleo acadêmico do Movimento Sanitário; 2) as Ações Integradas da Saúde (AIS), desenvolvidas pelo movimento sanitário no interior da Previdência Social, a partir do plano que cria o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), abrindo espaço para que novos atores atuem na Previdência Social; 3) o projeto Monte Carlos e o PIASS que compunham uma proposta de reorganização dos serviços, incluindo todas as ações de saúde ao permitir a aplicação das ideias do Movimento Sanitário. O modelo construído a partir desses projetos tinha como diretrizes a universalização, acessibilidade, descentralização, integridade e participação comunitária.

No início do governo Figueiredo (1979-1985), o Movimento Sanitário já se apresentava como um movimento organizado e como parte de uma aliança com outros movimentos da sociedade civil que defendiam a redemocratização. A proposta do movimento passou a integrar a proposta do PMDB, como resultado de seu trabalho junto aos parlamentares. A VII Conferência Nacional de Saúde, com ênfase na atenção primária da saúde, anuncia o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde e lança o Prev-Saúde que tinha como três objetivos principais: estender a cobertura dos serviços básicos, reorganizar o setor da saúde pública, articulando as instituições existentes, e promover melhorias nas condições gerais do meio-ambiente (Paim, 2008, p.84). O Prev-Saúde existiu por curto período, sendo extinto em 1981 devido à distância entre sua versão final, fruto de negociações, e seu Núcleo da Política, tendo como oposição principal da presidência do INAMPS e de setores do governo.

A disputa pelo Prev-Saúde ocorre em um período em que o Ministério da Saúde sediava atores e ideias de integrantes do Movimento Sanitário, enquanto o Ministério da Previdência Social mantinha o Núcleo da Política do sanitarismo campanhista, contando com o apoio dos empresários médicos e superioridade de recursos políticos e financeiros resultante do modelo

previdenciário de direitos sociais. Apesar do CONASP ter sido a porta de entrada do movimento no MPS e de ter aberto espaço para novos atores que defenderão as ideias do Movimento Sanitário, ele não conseguiu alterar o Núcleo da Política do INAMPS. O CONASP atuou no processo de formulação da política de saúde dentro da previdência com um plano que era uma sobreposição do Prev-Saúde, enfrentando a mesma oposição da presidência do INAMPS (Ibid., 94). Em 1982, após as eleições diretas para governadores, criou-se o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) que possibilitaram que um dos projetos do CONASP se transformasse no programa das Ações Integradas de Saúde, inicialmente vinculadas ao INAMPS, posteriormente se vinculou ao Ministério da Saúde e Educação.

No fim de 1984, foi realizado o V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, no processo para dar bases a uma política de saúde para o governo de transição, levando em seu relatório final os princípios do Movimento Sanitário. Na primeira metade do Governo Sarney, ocorre um aprofundamento do avanço do Movimento Sanitário para a ocupação do subsistema de saúde, indicando nomes que ocuparam cargos nas instituições e organizações da sociedade civil e articulando-se para as eleições de representantes na Assembleia Nacional Constituinte e nas eleições para governadores e deputados de 1986.

Neste contexto são estimuladas as AIS que seguem os princípios do Movimento Sanitário e são coerentes com o processo de redemocratização, com a abertura para canais de participação popular e descentralização administrativa, servindo como estratégia para a reorganização do serviço de saúde e precursoras do SUS.

O Ministério da Saúde é entregue a Carlos Santana, considerado radical na área da saúde, mas politicamente conservador, enquanto o Ministério da Previdência Social tem como ministro Waldir Pires do PMDB, convidado por Tancredo Neves em 1985 e mantido por Sarney, considerado progressista (Ibid.,97). Carlos Santana, em articulação com Sarney, consegue a incorporação do INAMPS pelo Ministério da Saúde. No entanto, Waldir Pires consegue vetar o decreto presidencial, afirmando que o INAMPS é patrimônio dos trabalhadores, cabendo-lhes à participação na decisão. Com esse objetivo foi realizada a VIII Conferência nacional de Saúde, com ampla participação de setores da sociedade civil.

A VIII Conferência Nacional de Saúde ocorre sobre três eixos (Ibid., p.101): saúde como direito universal, reformulação do sistema nacional de saúde, financiamento do setor da saúde. Cada um desses eixos conta com a contribuição de textos e da participação de

intelectuais e especialistas, muitos vinculados ao Movimento Sanitário, incluindo a participação do CEBES, CUT e a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), que assume publicamente seu engajamento no Movimento Sanitário, defendendo seus princípios, alertando sobre o risco da emergência do modelo neoliberal no cenário mundial e sua ameaça ao Estado Providência Universalista, defendendo o papel do Estado no dever em relação à saúde dos cidadãos e o controle social sobre o mesmo. No relatório final da Conferência se destacam os princípios do Movimento Sanitário de universalização, descentralização equidade e democracia, assim como a defesa das AIS como estratégia de integração do sistema de saúde.

A estratégia ponte utilizada para a transição do modelo vigente, com uma evolução das AIS para o SUS, parte do INAMPS com o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), em 1987. A iniciativa contribui para a construção técnico-administrativa em direção à integralidade das ações, implementação dos distritos sanitários em alguns Estados, controle social e descentralização dos serviços e implosão programada do próprio INAMPS, formando o embrião do novo sistema.

Foi criada também a Plenária Nacional da Saúde da qual participavam os partidos políticos e contava com representantes de vários movimentos, entre eles a CUT e o Movimento Sanitário. As propostas do movimento Sanitário foram discutidas na Assembleia Constituinte em múltiplas instâncias, sendo acolhidas na subcomissão de saúde, seguridade social e meio-ambiente na Comissão da Ordem Social e na Comissão de Sistematização. Após o segundo turno do processo constituinte, boa parte das proposições do Movimento Sanitário aderiram à nova Constituição promulgada em 1988.



### 3. Política de Saúde para as Populações Indígenas

Neste capítulo será analisada a política de saúde para as populações indígenas, focando nos processos de mudança de paradigmas que levam às grandes mudanças na política. Para tanto, observaremos quais são as coalizões que competem, seus Núcleos de Política e os impactos externos e internos que abrem as oportunidades que possibilitam essas mudanças.

Buscamos levantar o papel dos movimentos sociais, do legislativo e das diversas áreas do executivo ligadas ao subsistema observado, seguindo a versão expandida do triângulo de ferro levantada pelo modelo, assim como buscamos a interação entre as instituições, atores e o sistema de ideias.

#### **3.1. Formação de uma nova política de saúde para as populações indígenas. 1986-1994.**

A Política de Saúde para Populações Indígenas tem uma natureza híbrida, sendo simultaneamente uma política de saúde e uma política indigenista, ou seja, temos dois subsistemas relativamente independentes: um subsistema que compõe o eixo temático indigenista e outro subsistema compondo o eixo da saúde pública. Assim, a saúde indígena forma um terceiro subsistema, um eixo temático próprio, que será o ponto de ligação entre os outros dois. No entanto, como é dependente de ambos os subsistemas, também sofrerá impactos de ambos. As teorias dos subsistemas pressupõe a existência de sobreposição e acolhimento dos subsistemas uns nos outros, um subsistema pode estar contido em outro e ainda assim ser considerado um subsistema próprio e não um componente de um subsistema. Portanto, o subsistema de saúde indígena pode estar contido dentro do subsistema indigenista ou do subsistema de saúde e ser considerado um subsistema próprio na medida em que ganha instituições, atores e principalmente um Núcleo de Política próprio.

Esse Núcleo de Política começa a se formar na década de 80. SABATIER argumenta que o principal motivo para a emergência de subsistemas novos ocorre quando os subsistemas existentes não dão conta de um problema em particular, gerando um grupo de atores insatisfeitos que formam um novo subsistema (Sabatier e Jenkins-Smith, 1993, p.24). No

caso da saúde indígena, isso ocorre como consequência de um ambiente mais amplo, o Núcleo Central e os fatores estáveis da política sofrem uma progressiva transformação, que inclui elementos como a mudança na natureza da cidadania brasileira, direitos sociais como inerentes à qualidade de cidadão, mudança de regime político, mudanças constitucionais, reconhecimento dos direitos indígenas e culturais, necessidade de adaptação da proteção social à heterogeneidade social e cultural, crise do modelo de proteção social universalista, que não atende as especificidades culturais, necessitando de mecanismos ou políticas específicas, entre outros elementos já abordados nos capítulos anteriores.

O subsistema de saúde sofre também um processo de transformação com os princípios da Reforma Sanitária e da Medicina Social, como já foi demonstrado. Por outro lado, no subsistema indigenista também ocorre um processo de transformação, em que emerge um movimento indígena que se consolida na década de 70, segundo Ulloa :

- las acciones coletivas de los pueblos indígenas se han consolidado y disseminado desde la década de 1970, posicionandolos como actores políticos que afectan los escenarios nacionales e internacionales. (Ulloa 2004, p.03)

A construção do movimento indígena ocorre em âmbito transnacional, na América Latina; ocorre o primeiro encontro internacional em 1940, com o I Congresso Indigenista Interamericano no México, tendo como objetivo delinear políticas dos Estados para os povos indígenas. Mais três Congressos são realizados até 1959, formando o corpo político que sustenta os movimentos indígenas na América Latina, defendendo como principais diretrizes o reconhecimento da existência dos diversos grupos étnicos dentro do Estado e a necessidade de políticas especiais que permitam aos povos indígenas pertencerem à comunidade política, mantendo, porém, suas diferenças culturais (Ulloa 2004,p.19). Posteriormente, nas décadas de 60 e 70, diferentes povos indígenas organizaram diversos movimentos indígenas, contando com a adesão e apoio de intelectuais, antropólogos, membros da Igreja, camponeses e ONGs; surgem como atores sociais na defesa de seu direito à diferença. Na década de 70, o movimento indígena se consolida no âmbito global com o Conselho Internacional dos Tratados Indígenas, em 1974, e o Conselho Mundial dos Povos Indígenas em 1975, que representam povos indígenas de diversas partes do mundo.

Ulloa (2004.p.165) demonstra que um dos mecanismos usados pelos movimentos indígenas foi a construção de uma identidade ecológica, resultado de discursos diferentes e

contraditórios, gerados por diversos agentes, localizados em diversos setores da sociedade, incluindo entidades transnacionais e ONGs ambientalistas, criando laços entre os movimentos indígenas, as políticas ambientais globais e movimentos ambientalistas; dessa forma, atrai novos interesses nas questões referentes ao direito à terra e à autonomia dos povos dentro do Estado, sendo que as demandas indígenas relacionadas com conceitos coletivos de territórios e autogestão permite estabelecer uma ligação entre território e meio ambiente. As próprias convicções de diferentes culturas indígenas a respeito do ser humano e sua relação com a natureza encontram diálogo com diversas posições filosóficas ambientalistas, como o romantismo anti-industrial, anti-modernismo, espiritualismo, ecologia social, movimentos radicais ambientalistas, política verde, entre outras que estavam em auge nas décadas de 70 e 80. A partir desse ponto, levantado por Ulloa, podemos observar que a legislação indigenista muitas vezes se encontra associada com a legislação sobre meio-ambiente, em que se somam os mesmos grupos de pressão.

No Brasil o movimento indigenista é consolidado na década de 70, junto com a expansão dos movimentos sociais dos anos Geisel, com o apoio de ONGs nacionais e internacionais, grupos universitários e a Igreja Católica por meio do CIMI (Conselho Indigenista Missionário) agregado ao Conselho Nacional dos Bispos (Silva, 1999). O movimento indígena realiza a Assembleia Indígena em 1974 e diversas outras posteriormente. No processo, articula-se com outros movimentos e organizações da sociedade civil, como a CUT e o movimento sanitarista.

A Semana do índio de abril de 1978 reúne movimentos indígenas e indigenistas, antropólogos e religiosos; nela são discutidos os aspectos jurídicos da tutela e as consequências da emancipação dos indígenas (Junqueira, 1988, p.22), sendo que a intenção do governo de aceleração do processo de integração e emancipação das comunidades indígenas, já havia sido declarada. As assembleias e encontros que se seguem partem da percepção de que o objetivo do governo com o fim da tutela era o domínio das terras.

Quando a FUNAI abre um debate sobre o tema do fim da tutela com antropólogos, ainda em 1977, é alertada que as condições para o fim da tutela, que permitiriam o exercício dos direitos indígenas numa relação simétrica com a sociedade nacional, ainda não haviam sido alcançadas (Ibid.). Ainda assim o tema da emancipação continua retornando na agenda da política indigenista, provocando reações negativas. Em maio de 1981, ocorre a Assembleia de Líderes Indígenas em São Paulo; no ano seguinte, o Primeiro encontro Nacional de povos

Indígenas com as seguintes reivindicações: direito dos índios à liberdade de ir e vir e liberdade de reunião; direito à organização; demarcações de terra e títulos de propriedade.

Entre os diversos movimentos indígenas e indigenistas que surgem neste período, podemos dar destaque a dois importantes movimentos sociais que surgem representando os interesses indigenistas, devido tanto a seu protagonismo e atuação, quanto a seu posicionamento contra a FUNAI: o CIMI (Conselho Indigenista Missionário) e a UNI (União das Nações Indígenas).

O CIMI nasce em 1972 do Secretariado Nacional de Atividades Missionárias, vinculado a Conferência Nacional dos Bispos, com o objetivo de garantir assessoria aos trabalhos missionários em comunidades indígenas. O órgão elabora um projeto para um novo Estatuto do Índio, em que busca dar maior suporte às atividades missionárias, porém não consegue conciliar seus interesses com a FUNAI, nem consegue aprovar seu projeto de Estatuto (Ibid.p.23). A FUNAI e o CIMI passam a conviver com um crescente atrito: enquanto o CIMI intensifica suas críticas à instituição, a FUNAI busca limitar o acesso dos missionários mais críticos às áreas indígenas. Ao mesmo tempo em que o CIMI se aproxima das lideranças indígenas, promovendo encontros e reuniões – entre 1974 a 1980 promove 13 assembleias de chefes indígenas –, em que traça suas principais linhas de ação, abrangendo reivindicações indígenas, como o reconhecimento da cultura e autodeterminação indígena, promove a mobilização dos grupos indígenas (Ibid.). O atrito entre o CIMI e a FUNAI cresce até o ponto que, em 1975, a FUNAI proíbe todos os missionários do CIMI de entrar em áreas indígenas.

A UNI surge como uma aliança entre a associação de estudantes indígenas, criada em Brasília que teve apoio negado pela FUNAI, e o projeto da Federação dos Povos Indígenas do Mato Grosso, objetivando criar um novo corpo que representasse os membros das comunidades indígenas na busca pela autonomia cultural, autodeterminação, ajuda mútua entre as nações indígenas, garantias da inviolabilidade das terras, organização de assistência econômica e jurídica para seus projetos e para o reconhecimento de seus direitos (ibid. p.25). A FUNAI se negou a reconhecer a UNI sob o argumento de que esta organização objetivava colocar os índios contra a política indigenista oficial e contra a FUNAI, conquistando apoio da Presidência da República (Ibid.).

Portanto, dois dos principais movimentos indígenas e indigenistas estavam em aberta oposição à FUNAI. Esses movimentos tinham a percepção da insuficiência da FUNAI, que sofria de uma grave crise financeira e não tinha estrutura para responder de forma adequada a

suas múltiplas atribuições, assim como viam na FUNAI uma instituição que seguia interesses não-indígenas, por vezes até anti-indígenas, comprometida com a política desenvolvimentista do Estado, colocando a estrutura econômica à frente de seus direitos à terra e à cultura própria. Portanto, surge no subsistema indigenista, a partir da articulação entre os movimentos indigenistas, a coalizão que defendia uma descentralização da política indigenista da FUNAI, que teria suas atribuições transferidas para os Ministérios respectivos a cada tema. Desta forma, outros setores do Estado estariam envolvidos na política indigenista, significando maior atenção do Estado e um modelo mais compatível com a cidadania indígena que defendiam; assim, a própria FUNAI seria desmontada para deixar de existir.

Na saúde indígena, da articulação entre os movimentos indígenas e o movimento sanitarista emerge uma coalizão com a percepção de que a transferência pura do componente de saúde do subsistema indigenista para o subsistema de saúde, que se encontrava em processo de transformação, seria insuficiente para garantir o respeito aos direitos indígenas, necessitando de uma política pública exclusiva para fazer a adaptação dos princípios que definiriam a política nacional de saúde, para a diversidade cultural.

Essa coalizão tem como principal evento a realização da I CNPSI (Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio), em 1996, que foi um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, tornando-se o principal ponto de consolidação do diálogo entre os movimentos indígenas e o movimento sanitarista. Nela ocorre a edificação das diretrizes, que contemplaria tanto os princípios de descentralização, hierarquização, universalidade, das diretrizes da política de Cuidados Primários e do modelo defendido pela OMS, quanto os princípios de respeito à diversidade cultural, a reciprocidade na busca de uma coexistência equitativa entre as comunidades indígenas e os agentes de saúde; valorização da medicina tradicional; busca indispensável da compreensão do universo simbólico indígena na atuação em saúde; autonomia de auto-gestão indígena e gestão participativa nos programas de saúde e reconhecimento da cidadania plena das pessoas indígenas, surgindo dessa forma um novo paradigma para a saúde indígena.

Esse Núcleo adapta os princípios da Reforma Sanitária para a saúde indígena, de forma que nos princípios de hierarquização, regionalização e integração, assim como estava prevista para a política nacional de saúde a divisão do país em Distritos Sanitários regionais, que racionalizaria o modelo da saúde pública, sendo cada Distrito Sanitário delimitado de acordo

com critérios populacionais e geográficos; na saúde indígena, constituiria os DSEIs (Distritos Sanitários Especiais Indígenas), que seriam compostos de postos de saúde localizados nas aldeias, para executar a atenção básica, tendo uma aldeia referencial que executaria a atenção básica de maior sofisticação antes dos cuidados secundários (Negri Filho, 1998). Na aldeia de referência, seria estabelecida a administração da rede distrital com um grupo de técnicos fixo e outro grupo móvel que se deslocaria entre as aldeias. O atendimento secundário ocorreria no âmbito do Município ou do INAMPS, escolhidos com um corpo técnico previamente esclarecido sobre os aspectos técnicos e culturais da saúde indígena. O atendimento terciário ocorreria nos hospitais de referência regional com corpos clínicos devidamente preparados para o trabalho com o indígena.

Na atenção básica, esse Núcleo da Política prevê também uma política de formação de recursos humanos, que contava com a formação dos AIS (Agentes Indígenas de Saúde), que seguiriam o mesmo princípio dos Agentes Comunitários de Saúde proposto pela OPAS com base nas experiências bem sucedidas levantadas pela Convenção de Alma-Ata, que defende a capacitação de habitantes de cada comunidade para realizar o acompanhamento da saúde familiar, habitantes esses considerados com melhor preparo para lidar com as especificidades culturais e barreiras linguísticas do que os técnicos regulares. Por fim, defende a criação de um único órgão para a coordenação dessa política, vinculado ao Ministério da Saúde, que integraria essa política ao SUS a partir da esfera regional, criando a Divisão Nacional de Saúde do Índio que contrataria os técnicos de nível básico e treinaria os técnicos de todos os níveis, incluindo nas secretarias de saúde e no INAMPS.

Podemos observar a articulação entre movimentos indigenistas e sanitaristas, na edição especial de 1988 da revista *Saúde em Debate* do CEBES, dedicada à saúde indígena, que, além de defender esse Núcleo da Política, por meio de uma reestruturação da saúde indígena, faz duras críticas à atuação da FUNAI no setor, acusando os serviços prestados pela entidade de defasados, uma vez que não considera a medicina social, e ineficientes, com “tentativas que não apresentaram resultados positivos” (Miranda, Hautequestt, Costa, 1988), apresentando baixa capacitação das equipes e diversas carências de recursos financeiros, humanos, de remédios, transporte e infraestrutura adequada, marcada por descontinuidades das ações, ausência de avaliações de resultados, que levariam à repetição de equívocos e falta de articulação com os sistemas municipais e estaduais de saúde.

Pelo lado da coalizão até então dominante na saúde indígena, a FUNAI continuava o padrão estabelecido pelo SPI. Apesar de o SPI ter sido fundado em 1910, apenas na década de 50 foram feitas tentativas de prestar serviços de saúde para as comunidades indígenas de forma sistemática. Em especial por meio do plano de combate à tuberculose, elaborado pelo médico Noel Nutels em 1952, em que destaca a importância de criar barreiras sanitárias em torno dos territórios indígenas, para que aqueles que ingressassem nessas áreas fossem submetidos a rigorosos controles de saúde para prevenir doenças contagiosas, preocupado principalmente com as doenças endêmicas como malária, tuberculose, hanseníase, entre outras, que poderiam ser facilmente transmitidas aos indígenas. O plano foi implantado em 1956 por meio do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado ao Serviço Nacional de Tuberculose que expandiu suas operações abrangendo diversas regiões com populações indígenas, que realizava para as populações rurais e indígenas ações de vacinação, atendimento odontológico e controle de algumas doenças.

Quando a FUNAI substituiu o SPI foi criada uma divisão de saúde, organizada em torno do conceito das EVS (Equipes Volantes de Saúde), que eram unidades móveis compostas por médicos, enfermeiros e dentistas, que se deslocavam entre as aldeias realizando um atendimento curativo e emergencial. Porém, dada sua natureza móvel, realizava um atendimento descontínuo e pontual, que não atendia a demanda devido ao seu número reduzido em decorrência da falta de recursos financeiros, devido à grave crise financeira da instituição. Os custos operacionais das EVS eram altos e suas ações produziam baixo impacto. As EVS não contavam com antropólogos em suas equipes e não estavam capacitadas o suficiente para lidar com a multiplicidade cultural, o que era mais uma fonte de problemas. Com o passar do tempo, a carência de recursos acabou comprometendo a mobilidade dessas equipes, tornando sua presença nas aldeias cada vez mais esporádica, por fim se fixavam nos centros urbanos (Magalhaes, 2001). Esse quadro gerou a percepção da falência do modelo de saúde da FUNAI, que aprofundava a percepção da inoperância generalizada e sucateamento da entidade. O suporte na cidade seria oferecido pelas Casas do Índio que serviriam para abrigar pacientes indígenas durante períodos de permanência nas cidades para a realização de consultas e tratamento.

No entanto, essa coalizão dominante no subsistema indigenista, centralizada na FUNAI, defende que a causa principal das falhas da política de saúde da FUNAI é a crise financeira do órgão. Portanto, a solução seria o aumento dos recursos financeiros e a manutenção do modelo com o acesso a novos recursos tecnológicos de saneamento e aprimoramento da

infraestrutura existente. Em suma, ajustes secundários sem uma grande mudança no Paradigma da Política. Podemos observar a ausência de propostas novas para o setor e a manutenção do *status quo* básico por parte dessa coalizão na I CNSPI, em que os representantes da fundação que participam não fazem propostas, recusam-se a passar informações sobre as atividades de saúde desenvolvidas e a participar do processo de formulação de alternativas (Diretoria nacional do CEBES, 1998).

Desta forma em 1986 temos consolidadas as seguintes coalizões na área da saúde indígena:

Coalizões:	Crenças do Núcleo da Política
<p>Política Indigenista contínua centralizada em um único órgão</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manutenção do <i>status quo</i> básico: Equipes Volantes e Casa do índio.</li> <li>- Origem dos problemas está na carência dos recursos de diversas ordens: humanos, financeiros, infraestrutura.</li> <li>- Sanadas as carências, os problemas seriam solucionados, sem a necessidade de reestruturação da política.</li> <li>- Fragmentação da política indigenista levaria a sua desarticulação, causando consequências negativas para a população atendida.</li> </ul>
<p>Descentralização da política indigenista - Ministério da Saúde deve ser responsável pela saúde indígena</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Princípios básicos da Reforma Sanitária aplicados na política de saúde indígena: descentralização, hierarquização, integração e participação.</li> <li>- Princípios defendidos pelos movimentos indígenas e indigenistas na relação</li> </ul>



	<p>multicultural.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distritos Sanitários como base do sistema, assim como seria nos SUS.</li> <li>- criação de um órgão específico para a saúde indígena no Ministério da Saúde</li> </ul>
--	---

### **Impacto externo**

Em 1987, ocorre um impacto externo no subsistema indigenista, com uma invasão maciça de garimpeiros nas terras Yanomamis, iniciando um período marcado por intensa violência e adoecimento devido ao contato para seus habitantes (Magalhaes, 2001). As terras Yanomamis, que já haviam se tornado um ponto sensível quando a FUNAI a divide em 21 subáreas em 1978, privando os indígenas do acesso a áreas fundamentais para sua subsistência e para os intercâmbios tradicionais entre as aldeias (Junqueira, 1988, p.18), e junto com a expansão da política desenvolvimentista, se deparam com essa nova fonte de crise, sendo que em 1983 por meio de decretos, o Governo abre as terras Yanomamis para empresas privadas nacionais e trabalhos de investigação e exploração de recursos naturais (ibid).

Entre 1987 e 1990, morrem cerca de 1.500 Yanomamis, vítimas de epidemias de malárias e infecções respiratórias, gerando manifestações negativas da opinião pública nacional e internacional nos próximos anos, levando algumas instituições financeiras a fazerem o bloqueio do repasse de verbas ao Brasil, devido a sua política de meio ambiente, assim como duras críticas de organizações ecológicas que estavam previstas para participar da ECO 92 (Ibid.).

A situação geral leva o governo federal a buscar saídas para a questão, assinando o Decreto nº 98.502 no final de 1989, que aprova o Plano de Defesa das Áreas Indígenas Yanomamis, com a finalidade de promover a retirada dos invasores e implantar um sistema de proteção à saúde indígena na área Yanomami, envolvendo a ação de múltiplos Ministérios, entre eles o Ministério da Saúde. Três meses depois, em fevereiro de 1990, o Decreto nº 98.960 demarca uma reserva territorial para a atividade de garimpagem em Roraima, estabelecendo como ilegal, sob a pena de prisão, a atividade de garimpagem fora da área

demarcada; para diminuir as doenças fruto de contato, proíbe que pessoas portadoras de doenças transmissíveis abandonem a área sem autorização médica. Por fim, designa a FUNAI e a Polícia Federal à vigilância permanente das áreas não demarcadas para a garimpagem. No entanto, a homologação da terra Yanomami como reserva apenas ocorre em 1992.

### **Mudança Institucional**

Como resultado de todo esse processo ocorre uma reestruturação da política indigenista, a partir de uma série de decretos em 1991: o Decreto nº 22, que modifica os procedimentos de demarcação de terras; os Decretos nº 23 a nº 26, que descentralizam da política indigenista nos respectivos Ministérios, que deveriam executar a programas em comum acordo com a FUNAI, e, por fim, o Decreto nº 27, que autoriza uma comissão a proceder com estudos para a revisão de toda a legislação indigenista, ficando a política indigenista descentralizada da seguinte forma:

	Área de Competência	Instituição responsável
Decreto nº 23	Saúde indígena	FSESP/ Ministério da Saúde
Decreto nº 24	Proteção e meio ambiente	Secretaria do Meio Ambiente da Presidência da República
Decreto nº 25	Auto sustentação	Ministério da Agricultura e Reforma Agrária
Decreto nº 26	Educação Indígena	Ministério da Educação

O Decreto nº 23 transfere a saúde indígena para a FSESP (Fundação Serviços de Saúde Pública), que desde 1990 começa a se converter na FNS (Fundação Nacional de Saúde), em um processo conturbado de fusão de antigas estruturas, aglutinando a SUCAM (Superintendência de Campanhas de saúde pública), programas da SNABS (Secretaria nacional de Ações básicas de Saúde) e da SNEPS (Secretaria Nacional de Programas Espaciais de Saúde), juntando em um único órgão toda a atenção médica, sanitária e controle de endemias em áreas rurais e de difícil acesso, estabelecendo que sejam elaborados projetos

específicos destinados à proteção e recuperação da saúde do índio, seguindo as peculiaridades de cada comunidade, constituindo equipes com preparo para tanto. Embora o Núcleo da Política estabelecido pela CNPSI defenda um modelo baseado no Distrito Sanitário Especial, o decreto apenas estabelece o DSEI Yanomami.

Da mesma forma que no SUS a principal instância de participação ocorreria no Conselho Nacional de Saúde, na saúde indígena é formada uma comissão de caráter consultivo com o objetivo de assessorar e subsidiar o CNS nessa área específica. A comissão seria o CISI (Comissão Intersetorial de Saúde Indígena) composta de quatro entidades representativas dos povos indígenas: CIR (Conselho Indígena de Roraima), COIAB (Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira), APOINME (Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo), UNI-AC (União das Nações Indígenas do Acre); duas identificadas no campo indigenista: CIMI (Conselho Indigenista Missionário) e ABA (Associação Brasileira de Antropologia); três unidades de pesquisa acadêmica: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Paulista de Medicina e Universidade do Amazonas; representantes do Ministério da Saúde e da FNS.

Portanto, a política de saúde para populações indígenas é o resultado das reformas dos dois subsistemas, o indigenista, com a descentralização da FUNAI, e o de saúde com todo o processo de transformações que resulta na Lei 8080 de 1990, conhecida como Lei Orgânica do SUS; no ponto em que eles se tocam, tendo seu Núcleo da Política formado pelas coalizões que se tornam dominantes em seus respectivos subsistemas, tornando-se consequentemente dominante no subsistema de saúde indígena.

No entanto, diferentemente da proposta do CNPSI, a nova agência, FNS, que posteriormente seria nomeada FUNASA, não é a criação de um órgão específico para a saúde indígena, sendo também responsável pelo Programa Nacional de Imunizações, Planos de combate e controle de doenças, sistema de vigilância epidemiológica, Pneumologia Sanitária, Dermatologia Sanitária, as atividades do Programa de Auto Suficiência Nacional Emunobiológicos, ou seja, continua a executar o que a FSESP, SUCAM, programas da SNABS e SNEPS já faziam antes de se unificarem, sendo a saúde indígena uma adição a essas funções. Para tanto, foi criada na FNS a COSAI (Coordenação de Saúde do Índio) com a atribuição de implantar o novo modelo de atenção para a saúde indígena.

O início das falhas na saúde indígena dessa nova política estava na própria natureza das organizações que constituíram a FNS. Se, por um lado, aproveitar instituições já existentes

tem vantagens sobre a criação de uma nova, entre elas a diminuição de despesas, um elemento importante no contexto de crise econômica nacional e crise financeira setor da saúde, assim como o reaproveitamento de estruturas, práticas e quadros experientes em suas áreas respectivas de atuação; por outro lado, subsistemas maduros carregam Núcleos de Políticas estáveis, com um sistema de crenças e *modus operandi* próprio, que será resistente a grandes mudanças. A SUCAM foi criada em 1970 da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais, da Campanha de erradicação da malária e da Campanha de erradicação da Varíola, tornando-se um órgão de grande penetração rural, acumulando a experiência de décadas de combate a endemias de transmissão vetorial. A FSESP nasce durante a II Guerra Mundial, de organização paramilitar, com a missão de montar infraestruturas sanitárias em áreas de interesse estratégico, sendo mantida como órgão capaz de levar saneamento nas áreas de mais difícil acesso. A SNABS e a SNEPS, das quais foram transferidas ações e programas de vacinação, controle de tuberculose e hanseníase, já atuavam por 14 anos, sendo que alguns de seus programas eram ainda mais antigos, sendo incorporados posteriormente a estas instituições, que seguiam também o modelo campanhista. Dentre estas instituições e programas, apenas o Programa de Combate à Tuberculose acumulava experiência ao lidar com as populações indígenas por mais de 30 anos, quando desenvolveu a Unidade de Atendimento Especial junto com a FUNAI (Miranda, Hautequestt, Costa, 1988).

Portanto, em termos de capacidade de levar as ações de combate à endemia e saneamento básico para áreas de difícil acesso e grande dispersão geográfica. De fato, essas instituições eram as mais preparadas com acúmulo de décadas de experiência. Porém, estavam longe da capacitação suficiente para tratar de questões indígenas e especificidades culturais, apenas sendo exceção o Programa de Combate à Tuberculose. O Ministério da Saúde, ao criar a COSAI, não teve um bom resultado para capacitar esse corpo técnico para sua nova atribuição. A estrutura das antigas instituições era excessivamente rígida e centralizada, baseadas em modelos gerais que encontrava conflitos e dificuldades para lidar com a multiplicidade cultural. A atenção à saúde exercida pelas antigas estruturas estava baseada em um modelo biomédico ocidental, que desconsiderava a organização social e o sistema de representações indígenas, assim como as perspectivas particulares de cada cultura nas questões relacionadas com saúde e doença; não reconheciam os especialistas próprios de cada comunidade, tais como curandeiros, parteiras, raizeiros, benzedeiros, espiritualistas, que possuem papéis específicos na organização social e no universo simbólico das comunidades,

em que as crenças, por vezes, retira as doenças do terreno puramente biológico, e as insere também no espiritual, exigindo intervenção dos especialistas próprios.

A falta de capacitação desses profissionais em lidar com o ambiente multicultural gerou conflitos e desrespeitos que se traduziu em resultados insatisfatórios, considerando que o princípio normativo central dessa política pública era justamente adequar o SUS à diversidade cultural, atendendo tanto os princípios sanitaristas quanto indigenistas, de forma que promova a adaptação de um direito universal para o particularismo de cada cultura; estava promovendo justamente o contrário, impondo a universalidade sobre o particular, com um modo de atenção etnocêntrico homogeneizante que desconsidera as questões culturais de cada comunidade. Portanto, nesses termos a política de saúde para populações indígenas perde a principal razão de sua existência, pois ela não surge apenas para atender a necessidade de uma política que levasse a atenção às áreas de difícil acesso – isso a SUCAM e a FSESP já faziam –, mas uma política que inaugurasse a nova forma de relacionamento com os povos indígenas, pretendida pela Constituição de 1988 e defendida pelos movimentos sociais.

Agravando esse problema, a FUNASA também sofria de falta de infraestrutura e recursos de diversas ordens, entre eles, a ausência de recursos humanos que se torna uma marca permanente da política de saúde indígena. A saída encontrada pela FUNASA é a realização de contratos temporários, sofrendo com isso falta de continuidade dos serviços devido à alta rotatividade de pessoal e intervalos do período contratual, desenvolvendo ações pontuais, setoriais e desarticuladas. O conjunto dessas carências levam os funcionários do DSEI Yanomami a retirar pessoal da área devido à ausência de apoio logístico, incluindo alimento, transporte de equipes e medicamentos (Magalhaes 2001).

### **Conflito entre as coalizões**

O conflito entre as coalizões, centralizado principalmente na disputa entre FUNAI e FUNASA, torna-se explícito, sendo uma fonte constante de preocupações manifestada por órgãos e conferências. A FUNAI se encontrava em um período de insegurança, em seus quadros de servidores. Havia uma percepção generalizada de seu sucateamento terminal seguida pela extinção; essa percepção se aprofundou após os Decretos nº 23 a nº 26 que agravavam sua crise financeira, transferindo junto com as competências suas fontes respectivas de orçamento. A FUNAI inicia uma disputa pela própria sobrevivência

institucional com os demais Ministérios, buscando o retorno de suas atividades e a centralização das políticas indigenistas.

A fase da implementação da política criou oportunidades de prolongar os conflitos entre a FUNAI e a FUNASA, especialmente através das equipes de campo, tornando a relação entre os servidores conflituosa no desenvolvimento das atividades. No centro dessa disputa, de um lado, os servidores da FUNAI defendiam possuir o domínio das práticas indigenistas, e, por outro, os servidores da FUNASA o domínio das práticas sanitárias e de saúde pública, resultando em um clima de grande tensão entre as equipes. Além do conflito entre os servidores em campo, podemos observar uma postura institucional nessa disputa em 1992, quando o novo Estatuto da FUNAI é aprovado, e consta que a FUNAI é o órgão responsável pela “promoção da prestação de assistência medico-sanitária aos índios”, e na Portaria nº 542, que define seu regimento interno, no item V, que é função da entidade “garantir assistência à saúde de acordo com a situação de contato e especificidades etnoculturais das populações indígenas”. Outro efeito prático ocorre com a retirada maciça da FUNAI de quase a totalidade de seu pessoal de saúde do DSEI Yanomami, ou seja, não se trata apenas de ações isoladas de grupos de servidores, mas de uma postura de uma coalizão que se torna minoritária e busca seu caminho para voltar a ser dominante. Do lado da FUNASA, em 1993, uma nova equipe assume a COSAI e avalia o desempenho da FUNASA como “pouco convincente”, apontando como principal causa o conflito entre FUNAI e FUNASA, que geraria duplicações de ações, desperdícios e da situação geral dos problemas acumulados.

Tentativas de intermediação foram feitas pelo Conselho Nacional de Saúde, que em 1993 na Resolução 61, faz recomendação ao Ministério da Saúde para a adoção de “providências urgentes para solucionar o impasse e viabilizar o relacionamento entre as instituições”. Outra intermediação foi feita pelo I Fórum Nacional de Saúde Indígena no mesmo ano, com o objetivo de diagnosticar e apontar soluções para os principais problemas da saúde indígena, sobretudo buscando uma resolução do conflito entre FUNAI e FUNASA, propondo fornecer um espaço de discussão com representantes das duas instituições. O resultado foi um documento final que sugeria a divisão definitiva de atribuições na saúde indígena, em que caberia à FUNASA definir as responsabilidades e estratégias do SUS no campo da saúde indígena, adequar as estruturas necessárias, capacitar e contratar os profissionais; cabendo à FUNAI a capacitação indigenista de todos os quadros técnicos envolvidos com a saúde indígena, assim como oferecer informações e dar apoio técnico e logístico às ações de campo.

O documento também propõe medidas para implantar um plano conjunto de trabalho, constituindo uma comissão conjunta entre as duas agências.

Uma saída para a situação, recomendada pelo I Fórum Nacional de Saúde Indígena, é adotada com a criação dos NISI (Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena) a partir da Portaria nº 540 da FUNASA, organizados no âmbito de cada Estado, que seriam instâncias para promover estudos, formular e supervisionar medidas para o aperfeiçoamento de programas e ações, voltadas para a saúde indígena, promovendo a “articulação entre as diferentes instituições envolvidas com as questões da saúde das populações indígenas”. Os NISI são implantados em todo o país, reunindo representantes do governo, universidades, instituições de apoio, organizações e lideranças indígenas; entre suas deliberações, aprova a criação do Distrito Sanitário Indígena do Leste de Roraima e do Xingu, que se tornam modelos para a criação de outros DSEIs, pois tinham como base a formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), indicados pelas próprias comunidades, dando certo protagonismo aos indígenas na autogestão da atenção básica à saúde em suas comunidades.

Ainda, em 1993, ocorre a II CNPSI que se insere na disputa entre as duas coalizões, defendendo que a saúde permaneça sob responsabilidade do Ministério da Saúde, e invoca a CISI para defender o cumprimento dos decretos que dividem a política indigenista. Reafirma o Núcleo da Política resultante da I CNPSI com o Distrito Sanitário como base operacional do subsistema, propondo autonomia financeira e administrativa dos distritos como caminho para garantir a atenção básica e a expansão do controle social, defendendo também a necessidade de adequação do SUS à saúde indígena, recusando que seja municipalizada como seria o SUS, pois, se na política nacional de saúde o resultado foi positivo, seria bastante negativo para a saúde indígena, colocando o controle da saúde nas mãos de elites locais envolvidas em conflitos de terra. No que diz respeito à municipalização, desde o Governo Collor o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) ganha cada vez mais o protagonismo da Reforma Sanitária (Paim, 2008, p. 193), defendendo o municipalismo do sistema de saúde, tornando-se uma das principais bandeiras da IX Conferência Nacional de Saúde de 1992, que em seu título já anuncia: “municipalização é o caminho”. No entanto, no que diz respeito à saúde indígena, essa mesma conferência coloca grande enfoque na importância dos DSEIs como a base descentralizada na qual operaria o princípio da hierarquização da saúde, estando os distritos ligados diretamente ao Ministério da Saúde, rejeitando a municipalização da saúde indígena.

A II CNPSI se torna um dos pilares de consolidação do Núcleo de Política da I CNPSI, adicionando um conjunto de Crenças Secundárias que fornecem maior detalhamento dos DSEI, estabelecendo regras de controle social que operaria através de Conselhos Distritais, defendendo a autonomia administrativa definindo regras de repasse financeiro, que deveria ocorrer através do repasse direto do governo federal ao DSEI, sem intermediações. Adiciona também Crenças Secundárias a respeito do nível de organização do órgão responsável pela saúde indígena ,tendo três níveis gerenciais, nacional, regional e distrital, defendendo que a COSAI deveria se tornar em Departamento de Saúde do Índio para ter maior agilidade administrativa e financeira, enquanto a proposta da I CNPSI de um órgão exclusivo à saúde indígena não fosse concretizada. A II CNPSI também frisa que:

é fundamental contemplar na formação dos recursos humanos pontos que levem ao conhecimento e respeito às medicinas tradicionais buscando estratégias de mudança na postura etnocêntrica e estritamente tecnológica dos profissionais de saúde em todos os níveis

Portanto, para a questão da falta de capacidade dos agentes de saúde da FUNASA em lidar com culturas diferentes, principal problema da instituição na condução da política de saúde indígena, propõe uma mudança secundária, melhorando o processo de formação e capacitação dos quadros, ao invés de uma mudança institucional mais profunda, como sugere a coalizão da FUNAI. Também recomenda o reconhecimento da categoria profissional dos AIS, para que sejam regularizados e inseridos no subsistema diferenciado de saúde indígena.

### **3.2. Comissão Intersetorial. 1994-1999.**

Porém, o resultado do conflito entre as coalizões, somado à falta de capacitação indigenista dos órgãos dos quais a política indigenista foi descentralizada, o acúmulo de falha desses órgãos e a desarticulação da política indigenista, que resultava em desperdício de recursos, sobreposições e duplicação de ações, levam a uma nova revisão da política indigenista em 1994, com o Decreto nº 1.141, que dispõe sobre as “ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas”. A política indigenista continuaria dividida, mas contaria com uma Comissão Intersetorial, com as seguintes atribuições:



I - definir, para cada exercício, os objetivos gerais que nortearão os programas e projetos a serem executados;

II - analisar e aprovar os programas e projetos propostos por órgãos governamentais e não-governamentais, examinando-os nos seus aspectos de adequação às diretrizes da política indigenista e de integração com as demais ações setoriais;

III - estabelecer prioridade para otimizar o uso dos recursos financeiros, materiais e humanos existentes.

Essa Comissão seria presidida pela FUNAI à qual competiria também estabelecer as diretrizes para o cumprimento da política indigenista e a coordenação da execução das ações, ou seja, a implantação seria dividida, mas a formulação seria em parte centralizada novamente na FUNAI.

No subsistema de saúde indígena, o Decreto nº 1.141 revoga o Decreto nº 23 e divide a saúde indígena, transferindo à FUNAI a coordenação da saúde e a responsabilidade pela medicina curativa, estabelecendo em seu artigo XIV que a FUNAI integraria o SUS a partir da rede pública e conveniadas; competindo à FUNASA as ações da medicina preventiva: saneamento, imunização e controle de doenças. No mesmo ano, a Comissão Interministerial aprova o Modelo de Atenção Integral da Saúde do índio instituindo o PIASI (Programa Integral de Atenção à Saúde do Índio) que reforça essa nova divisão da saúde indígena.

No entanto, o Decreto nº 1.141 não coloca um fim à disputa; pelo contrário, a prolonga. A relação entre os servidores continuava conflituosa, ambas as fundações já tinham estabelecido seus próprios convênios com ONGs, entidades, universidades e prefeituras, tornando a prática ainda mais fragmentada sem integração das ações, exceto nos poucos locais onde uma relativa integração ocorreu por iniciativa de Coordenações Regionais da FUNASA e Administrações Regionais da FUNAI que chegavam a algum entendimento por meio de acordos informais (Varga e Adorno, 2001). Um dos casos que ilustra essa relação conflituosa ocorre quando a Assembleia Geral dos Indígenas de São Paulo proíbe a entrada de servidores da FUNASA nas aldeias representadas pela Ação Guarani Indígena, sob o argumento que apenas a FUNAI poderia prestar o atendimento médico e odontológico (Ministério Público Federal, Ata da 136ª reunião da 6ª câmara de coordenação e revisão).

O período de grande insegurança dos quadros de ambas as fundações foi também prolongado. Os servidores da FUNASA preveem sua extinção a partir de 1993 com a Portaria da FUNASA nº1883, que transfere o gerenciamento e a execução das atividades herdadas pela FSESP para Estados e Municípios e em 1996, com o processo de certificação das ações

de epidemiologia e controle de doenças, em que as responsabilidades da fundação passam por um processo de transferência para as secretarias de saúde, dentro de um contexto nacional de transferência das ações de saúde para os Municípios, que ocorre principalmente no primeiro ano do Governo Itamar com a Norma Operacional Básica, sendo que o processo da transferência das ações e controles de doenças se consolida com a Portaria nº 1.399 do Ministério da Saúde, que regulamenta as competências da União, Estado, Municípios e Distrito Federal. Portanto, ocorria a percepção generalizada de que a FUNASA seria paulatinamente desmontada, perdendo suas atribuições aos Municípios até ser extinta. Entre 1993 e 1999, a FUNASA num processo progressivo, perde maciçamente recursos humanos, financeiros, estruturas, bens móveis, instalações e equipamentos para as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Por outro lado, a insegurança nos quadros da FUNAI decorre de sua grave crise financeira, sendo que a instituição nem ganha novas fontes orçamentárias para executar suas novas atribuições relacionadas à saúde curativa, nem mesmo recupera aquelas que perde para a FUNASA no Decreto nº 23. Quando a FUNAI assume a atenção básica da saúde indígena, ocorre uma paralização dos investimentos do Ministério da Saúde nesta área, que continuavam a ser direcionados para a FUNASA, sendo destinados exclusivamente para as atividades de prevenção, mesmo tendo o Decreto nº 1.141 determinado que ocorresse essa transferência de recursos financeiros (Garnelo, 2004). Portanto, se a FUNAI já sofria de crise financeira, ao ganhar uma atribuição altamente custosa que é a saúde, sem as fontes devidas, o resultado foi um aprofundamento dessa crise, que recebe ainda um novo agravante em 1998 com o Decreto nº 2.773, que cria a Comissão de Controle e Gestão Fiscal e estabelece a meta fiscal do ano de 1998, que faz um corte orçamentário na FUNAI. Portanto, por parte dos quadros da FUNAI a percepção de sucateamento em direção à extinção da entidade não desapareceu com o Decreto nº 1.141. A FUNAI passa a demonstrar falta de capacidade de gerenciar a atenção à saúde, apresentando dados bastante altos de mortalidade em seu Departamento de Saúde, se comparados à média nacional (Verani, 1999).

Nos próximos anos, no Congresso Nacional e no CISI ocorrem discussões que sugerem alternativas do modelo do PIASI. A partir da II CNSPI é edificado um projeto de lei que será apresentado no Congresso em 1994, pelo deputado Sérgio Arouca (PC do B), o projeto junta as resoluções das I e II CNSPI e será conhecido por “Lei Arouca”. Neste debate, somam-se as pressões dos movimentos indígenas, indigenistas, ambientalistas, ONGS e o Banco Mundial, iniciando discussões também na Casa Civil e na Presidência da República, impulsionadas

também pela busca de consenso sobre um novo Estatuto do Índio, que continha um capítulo dedicado à saúde.

### **Um novo ator no subsistema de saúde indígena**

A partir de 1993 um novo ator passa a atuar no subsistema de forma bastante relevante, que é o Ministério Público Federal, responsável pela defesa dos direitos coletivos dos povos indígenas desde a Constituição de 1988, intervindo nos casos em que o processo trata de interesse público, não cabendo ao MPF a interferência nos casos que giram em torno apenas dos direitos individuais sem repercussão no meio social (Silva, 2009). Com a lei complementar n.75 de 1993, conhecida como Lei Orgânica do Ministério Público da União, que dispõe sobre organizações, atribuições e o Estatuto do MPU, estabelece que compete ao Ministério Público a defesa dos seguintes bens e interesses:

- a) o patrimônio nacional;
- b) o patrimônio público e social;
- c) o patrimônio cultural brasileiro;
- d) o meio ambiente;
- e) os direitos e interesses coletivos, especialmente das comunidades indígenas, da família, da criança, do adolescente e do idoso;

Devendo promover inquérito civil e ação civil pública para essa defesa:

V - defender judicialmente os direitos e interesses das populações indígenas

Estabelece também as Câmaras de Coordenação e Revisão que seriam “órgãos setoriais de coordenação, de integração e de revisão do exercício funcional na instituição”, organizadas por função ou matéria e estariam entre suas competências:

I - promover a integração e a coordenação dos órgãos institucionais que atuem em ofícios ligados à sua atividade setorial, observado o princípio da independência funcional;

II - manter intercâmbio com órgãos ou entidades que atuem em áreas afins;

III - encaminhar informações técnico-jurídicas aos órgãos institucionais que atuem em seu setor;

Entre as Câmaras de Coordenação e Revisão é estabelecida a 6ª Câmara, responsável nos temas relativos a povos indígenas e minorias étnicas. Principalmente por meio do trabalho desta Câmara, o MPF passa a interferir na política indigenista, passando a compor definitivamente o subsistema como um de seus atores.

Além da fiscalização das leis editadas no país, o MPF fiscaliza o cumprimento de todos os

tratados internacionais de que o Brasil é signatário, o que inclui a Convenção 169 da OIT (Organização Internacional do Trabalho)<sup>3</sup>.

Como foi observado em suas ações e documentos, o MPF não apenas fiscaliza, mas ao detectar um problema formula ou defende uma solução e para garantir que seja implementada conta com dois instrumentos: um extrajudicial, que consiste na recomendação ou no TAC (Termo de Ajuste de Conduta), e um judicial, que é a ação civil pública. Usualmente a recomendação ou o TAC precede a ação civil pública, sendo encaminhada de um Procurador para o respectivo ator no subsistema responsável pela tomada de decisão a que cabe a questão, seguida com um prazo para o devido posicionamento da contra parte; caso não o tenha sido feito de forma satisfatória, é então utilizado o instrumento judicial: a ação civil pública, que coloca a tomada de decisão no poder judiciário, determinando se a formulação proposta pelo MPF deverá ou não ser implantada. Portanto, o MPF é um ator que conta com diversos recursos para influir na política pública, tanto cooperativos mediante acordos, quanto coercitivos mediante a ação judicial, não apenas vetando decisões dos órgãos executivos, mas conseguindo pela via judicial até mesmo garantir a execução das propostas que o próprio MPF formula.

Em 1997, a CISI solicita a intervenção do MPF na saúde indígena, através de sua 6º Câmara. Devido às falhas da FUNAI, o MPF não se mantém como um ator neutro, mas se posiciona na coalizão que defende a descentralização da política indigenista, principalmente a partir de 1997 quando ocorre o I Encontro Nacional da 6º Câmara do MPF, que levanta que as comunidades indígenas se encontram desprovidas de assistência adequada à saúde e exige a imediata edição do novo Estatuto do Índio, considerando a legislação indigenista e ambiental desatualizadas e incompatíveis com a Constituição de 1988; defendendo que a assistência deve ser prestada pelo SUS de forma efetiva e diferenciada para as comunidades indígenas.

No ano seguinte, a 6º Câmara reconhece que a FUNAI tem orçamento insuficiente para a política indigenista e a incapacidade de fazer com que os Estados e Municípios cumpram com suas obrigações junto aos povos indígenas. Entre as Procuradorias, a do Mato Grosso faz duras críticas ao modelo de saúde da FUNAI apontando para seu desmantelamento progressivo, agravamento das dificuldades administrativas e orçamentárias, falta de sincronia com os servidores da FUNASA, persistência de invasores em terras demarcadas e falta de

---

<sup>3</sup> A Convenção 169 da OIT estabelece um novo padrão supranacional na relação entre os Estados e os povos indígenas, sobretudo no que diz respeito ao direito à participação nas decisões sobre as leis e políticas que incidem sobre os povos indígenas, objetivando garantir o respeito multicultural e a autonomia dos povos.

condições de auto sustentabilidade das comunidades indígenas. A procuradoria do Tocantins expõe um quadro de inoperância generalizada do sistema de atendimento à saúde indígena, com falta de planejamento, verbas, dados oficiais, supervisão dos agentes de saúde, estrutura material e humana, demonstração de inércia, desorganização e demora na resolução das questões por parte da FUNAI. Em audiência pública, o MPF conclui que a responsabilidade estabelecida na Constituição Federal pela atenção à saúde indígena era do Ministério da Saúde no âmbito federal e que a recusa das instituições ligadas ao SUS em prestar assistência configurava ato ilícito passível de ser confrontado nas vias competentes.

O MPF encaminha ao presidente da FUNAI, ao Coordenador Geral do Conselho Nacional de Saúde, ao Ministro da Saúde, ao Coordenador da CISI, um comunicado a respeito das ilegalidades contidas no Decreto nº 1.141 (Ministério Público Federal. Ata da 131ª reunião da 6ª câmara de coordenação e revisão). No mesmo ano, o MPF edita um parecer que demonstra a inconstitucionalidade do Decreto nº 1.141, uma vez que a legislação demonstrava que cabe ao Ministério da Saúde a execução das ações de saúde e o princípio da integridade das ações está sendo desrespeitado com a divisão imposta pelo decreto.

Nesse meio tempo, a Lei Arouca tramita no Congresso, desde 1994, sofrendo diversas alterações em seu texto básico, sendo apresentada em 1997 ao Senado como Projeto da Câmara. 63/97, submetida à apreciação da Comissão de Assuntos Sociais para análise do mérito em 1998, sendo defendida por senadores que argumentam que nenhum órgão seria capaz de tratar da saúde indígena, uma vez que a FUNAI e a FUNASA estavam sucateadas ou em via de extinção, sendo a Lei Arouca o caminho para reverter o quadro. Outro discurso demonstra certo peso da crise econômica nacional na decisão, pois a Lei Arouca eliminaria desperdícios, paralelismos no atendimento sem criar organismo novo que gerasse despesas adicionais ao governo federal (Agência do Senado, 11/11/1998). A FUNAI, por sua vez, é alvo de críticas tanto de senadores governistas quanto da oposição, assim como dos que defendiam sua extinção para que a política de demarcação de terras fosse gerida pelos Estados, por meio de uma nova política indigenista (Agência do Senado 25/02/1999), uma vez que consideram que a FUNAI dispõe de excessiva autonomia na questão.

Paralelamente, a FUNASA recebe do Ministério da Saúde a incumbência da municipalização do combate a endemias em 1998. Na saúde indígena, segue um modelo de descentralização baseado na I CNPSI. Dessa forma, não descentraliza as ações nos Municípios, mas nos DSEIs, fortalecendo tais instâncias, o que acaba reforçando a aprovação da Lei Arouca no Senado; porém, é visto como uma manobra da FUNASA para reaver o comando da atenção básica da saúde indígena.

Ainda dois meses antes da aprovação da Lei Arouca, em julho de 1999, o Governo por meio da Medida Provisória nº 1.911-8 transfere os recursos humanos e bens destinados à assistência à saúde indígena da FUNAI para a FUNASA. No mês seguinte, o Decreto nº 3.156, que dispõe sobre as condições de prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, altera os Decretos nº 564 de 1992 e nº 1.141 de 1994, estabelecendo que as ações de prevenção, promoção e recuperação serão executadas pela FUNASA, devolvendo a integridade e o comando único da saúde indígena ao Ministério da Saúde, alterando o Estatuto da FUNAI de 1992, que modifica sua situação de promotora de saúde, para “apoiar e acompanhar o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde nas ações e serviços destinados à atenção à saúde dos povos indígenas”, transferindo as Casas do Índio para os respectivos DSEIs. O Decreto coloca o DSEI responsável pela organização dos serviços de saúde, adotando a crença secundária da II CNSPI, converte a COSAI em DESAI (Departamento de Saúde Indígena), responsável pela gestão central da política e institui como instância de participação o Conselho Distrital com as atribuições de aprovar o Plano Distrital, avaliar a execução das ações de saúde, se necessário reprogramá-las de forma total ou parcial, e avaliar a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde do índio. A indicação para os membros do Conselho Distrital seriam feitas nos Conselhos Locais que teriam também a atribuição de manifestar-se sobre as ações e serviços de saúde, avaliar a execução das ações de saúde na região de sua abrangência e fazer recomendações ao Conselho Distrital.

### **3.3. Lei Arouca. 1999-2008.**

Em setembro de 1999, é aprovada no Senado a Lei Arouca que estabelece a responsabilidade da saúde indígena ao Ministério da Saúde e institui o Subsistema de Atenção à Saúde do Índio, como parte do sistema de saúde do SUS. A Lei Arouca não altera a legislação indígena, pois essa seria uma prerrogativa exclusiva da União conforme a Constituição, mas altera a própria lei n. 8.080/90, a Lei Orgânica do SUS, acrescentando um capítulo sobre a saúde indígena, no qual estabelece:

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

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.

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

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

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

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."

A Portaria nº 1.911-8 da FUNASA de setembro de 1999 estipula as competências da fundação, competindo à FUNASA garantir a implantação, funcionamento, acompanhamento, supervisão, capacitação dos servidores e garantir as condições gerais de operacionalidade dos DSEIs, que seriam as instâncias que desenvolveriam as ações de saúde. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena passa a ter como base 34 DSEIs.

No entanto, como a política de saúde indígena passa a ser um segmento do SUS, foi prevista sua articulação com a SAS (Secretaria de Assistência à Saúde), pois prevê a atenção básica no DSEI, a atenção secundária e terciária na rede municipal e estadual de saúde com uma estrutura prévia de referência; cabendo à SAS identificar os Municípios com áreas indígenas e viabilizar a atuação desses Municípios de forma complementar no custeio e

execução das ações. Dessa forma promoveria as adaptações necessárias na estrutura dessas instâncias para a saúde indígena, garantindo assim o acesso dos índios ao SUS. Porém, a SAS prevê que, além da atenção de maior complexidade ocorra no âmbito do Município, também ocorra a atenção básica, criando assim dois fatores de incentivo: um para a atenção básica destinada a apoiar a implantação dos AIS e das EMs (Equipes Multidisciplinares), dando a opção das equipes serem direta ou indiretamente operadas pela FUNASA, Estados ou Municípios; e outro fator destinado à atenção de maior complexidade. Essa ligação acaba incentivando uma municipalização da saúde indígena por meio da sistemática de transferência fundo-a-fundo, inaugurada no mesmo ano no SUS, delegando aos Municípios a competência de contratar as EMs, nas quais estariam também os AIS, que seriam vinculadas diretamente ao Município e realizariam o atendimento através de visitas domiciliares, sendo responsável pelas ações de educação em saúde e atendimentos básicos (Ministério Público Federal. Ação civil pública, 2001).

Porém, o problema não foi apenas o estabelecimento dos fatores de incentivo e a atribuição de competências ao Município, mas a ausência de critérios e de mecanismos de fiscalização. Municípios que recebiam os recursos desses dois incentivos possuíam plena autonomia no atendimento à saúde indígena, por vezes sem vínculos formais com a FUNASA (Ibid.), sem instrumentos formais de vinculação jurídica e fixação de condições compatíveis com a política, a preparação e seleção das EMs ocorriam sem a participação da FUNASA e sem o controle social previsto pela Lei Arouca, ou seja, dava ampla liberdade para os Municípios respeitarem ou não a legislação indigenista e a Lei Arouca de acordo com seus próprios critérios, que em muitos casos entendem que, conforme o pacto federativo, possuem autonomia política e administrativa na questão, independentemente dos critérios da FUNASA. Como resultado, durante a próxima década, o MPF aponta diversos casos de inexistência, deficiência e impropriedade do atendimento feito pelos Municípios, assim como desrespeito à diversidade cultural, desvio de finalidade dos recursos, denúncias de indicações ligadas a interesses políticos (Ibid.), acusações de despreparo antropológico e indigenista das equipes e casos em que as equipes são colocadas em Postos de Saúde municipais atendendo a população em geral, o que potencializou conflitos entre lideranças indígenas e o poder municipal, que por vezes estava ligado ao conflito de terras; ou seja, praticamente se promoveu o quadro que se pretendia evitar pelo Núcleo da Política que recusava a municipalização direta dos serviços. Além disso, no ano de 2000 a Portaria nº 1.163 do



Ministério da Saúde, com o “fator de incentivo da Atenção básica aos povos indígenas”, incrementa os recursos transferidos aos Municípios que executam diretamente as ações.

A contratação das EMs pelos Municípios segue um modelo de alta rotatividade, baseado no trabalho temporário, substituindo profissionais que já passaram por processos de capacitação por funcionários inexperientes, contratados de forma irregular, em condições trabalhistas precárias, em desacordo com a CLT, com remuneração inferior aos profissionais do SUS, o que ocorre porque o serviço temporário dispensa o concurso público e suas garantias, sendo a situação denunciada em ações do MPF e MTP (Ministério Público do Trabalho e Ministério Público Federal. Ação Civil Pública, 2010).

A municipalização da atenção básica da saúde indígena ocorre como uma das saídas para a falta de recursos humanos da FUNASA. Essa carência da fundação se torna um de seus principais problemas, devido à municipalização progressiva de suas ações entre 1996 e 1999. Ela perde grande quantidade de pessoal: até o ano de 2000 são cedidos a Estados e Municípios aproximadamente 35.000 servidores (FUNASA, relatório de gestão, 2008), sendo que o último concurso público que realizou foi em 1995 e não obteve incremento de pessoal quando passou a ser responsável pela saúde indígena em 1999, tendo ainda como agravante que os servidores vindos da SUCAM e FSESP já tinha idade média girando em torno dos 50 anos. Dessa forma, no período em que a FUNASA passa a ser responsável pela saúde indígena, ela conta com uma variação de 10% a 15% de servidores ativos, 45% a 50% cedidos a Estados e Municípios, 40% a 45% de inativos; por fim, tem 85% a 90% de seus quadros de servidores não se encontrando no exercício de sua função, ou seja, seu número de servidores era reduzido e insuficiente para cumprir com as novas atribuições (Funasa, Relatórios de gestão, 2003-2007). Ademais, os servidores cedidos são pagos com o orçamento da FUNASA, apesar de não desempenharem as atividades de sua competência (TCU, 2007). Outro agravante é a baixa capacitação dos servidores ativos, além de contar apenas com 10% a 25% de servidores de nível superior. Os servidores da FUNASA que evitavam a transferência para as secretarias municipais e estaduais de saúde entre 1996 e 1999, solicitaram sua transferência para as equipes de saúde do índio, formando um quadro inexperiente e pouco treinado para lidar com questões indígenas (Varga e Adorno, 2001). Esse quadro baixo de servidores não consegue ser revertido na próxima década. Pelo contrário, apenas se intensifica em 2003 com a criação da SVS (Secretaria de Vigilância Sanitária) em que mais 25.000 servidores que atuavam na área de vigilância epidemiológica foram cedidos a Estados e Municípios (Funasa, Relatório de gestão 2007), no mesmo padrão

dos outros servidores cedidos: remunerados pela FUNASA sem desempenhar as atribuições da instituição.

Outro grande impasse dos recursos humanos é a questão dos AIS e AISAN (Agentes Indígenas de Saneamento), que seriam a base comunitária sobre a qual deveria ser operada a atenção básica. Conforme o Núcleo da Política, esses servidores deveriam ser contratados via concurso público devido às garantias trabalhistas que oferece. Porém, apenas é possível realizar concurso público para as categorias devidamente reconhecidas. A Lei Arouca ou qualquer outro projeto direcionado ao Congresso Nacional não obteve sucesso em regulamentar essa categoria. Ademais, a necessidade desses profissionais serem habitantes de suas respectivas aldeias gera também incompatibilidade com o Regime Jurídico Único que apenas prevê a realização de concursos na modalidade nacional ou regional.

O Grupo de Trabalho constituído em 1999 pela Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde para a elaboração da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, formado por representantes do governo, universidades, o CIMI e organizações indígenas, busca encontrar uma alternativa viável à questão dos AIS e do quadro baixo de servidores, mas esbarra nas dificuldades jurídicas e regras de realização de concurso público, com o agravante de que qualquer alternativa genérica e única para toda a categoria dos AIS corria o risco de desrespeitar as especificidades de cada cultura, inviabilizando dessa forma o seu propósito.

A saída a esse dilema tem origem na mudança do Núcleo Central iniciada pela Reforma do Estado do período FHC, pois ela não apenas promoveu a terceirização, mas parte de uma visão diferente da relação entre público e privado. Sob o argumento de que a maciça interferência do Estado no setor produtivo se torna a principal causa das crises econômicas, no que o texto da Reforma chama de crise do Estado, que seria uma crise fiscal e uma crise de esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado; defende a necessidade de uma série de medidas, entre as quais: o ajustamento fiscal; reformas econômicas orientadas para o mercado que aumentassem a concorrência interna e criasse condições de competitividade internacional; reforma da previdência; inovação dos instrumentos de política social; reforma do aparelho do Estado com vista a aumentar sua capacidade de implantar políticas públicas.

Dessa forma, admite-se que o Estado não seria capaz de atender a sobrecarga de demandas a ele dirigidas, sobretudo na área social, necessitando de reformas que deixassem a satisfação dos direitos sociais mais eficientes. Para tanto, o Ministro da Administração Federal e

Reforma do Estado, Bresser-Pereira, considera a distinção entre dois setores públicos: o estatal e o não-estatal, sendo que ao segundo, que não fazia parte do aparelho do Estado, deveria ocorrer a transferência da execução dos serviços correspondentes aos direitos sociais. O setor público não-estatal seria o terceiro setor, sendo que o que o difere do setor privado é que, enquanto este tem como objetivo a acumulação de capital, o setor público não estatal teria como objetivo o interesse público (Bresser Pereira, 1999). O interesse público, por sua vez, existiria de forma relativa por meio da formação de um consenso que se estrutura sobre a moral comum, que diferencia o auto-interesse e os valores cívicos, sendo que o controle social garantiria a motivação pública das organizações (ibid.). Dessa forma, esse setor não estaria nem localizado no Estado, nem no mercado, mas na sociedade civil, atribuindo a sociedade uma responsabilidade na satisfação das necessidades coletivas.

Portanto, de acordo com o texto da Reforma do Estado, a terceirização não seria privatização, pois a propriedade não se torna privada, mas uma transferência no interior do setor público, entre o estatal e o não-estatal, no processo chamado de “publicização”. Inclusive Bresser-Pereira faz críticas ao modelo neoliberal de privatizações onde ocorreria a captura do público por interesses particulares (Ibid.). Dessa forma, visa-se a desestatização e a transferência da execução dos serviços sociais, tais como educação e saúde, para o terceiro setor, enquanto caberia ao Estado a tarefa de promover o setor público não-estatal por meio de financiamento e o papel de regulamentar tais atividades com um controle mais severo *a posteriori* (Ibid.).

Essa orientação da Reforma do Estado acaba provendo na política de saúde indígena uma alternativa aceitável encontrada pelo GT de 1999, que foi a realização de contratação temporária através das ONGs, sendo essa alternativa amparada pela legislação do TCU (Tribunal de Contas da União), que permite recorrer à iniciativa privada quando a capacidade de prestação de serviços de saúde seja ultrapassada. Porém, no entendimento do GT essa admissão apenas seria regular se as ONGs fossem unidades de saúde complementares ao SUS e não apenas intermediadoras de mão-de-obra não concursada.

Embora essa alternativa surja tanto do processo de racionalidade interno que busca uma saída aos AIS e ao quadro de baixos recursos humanos, quando de uma mudança na orientação do Estado, não era uma alternativa prevista pelo Paradigma da Política, nem pela Lei Arouca, nem pelos atores externos a esse processo, sendo aceita em um primeiro momento por muitas organizações indígenas na condição de que seria uma solução temporária com o compromisso assumido pelo governo de trabalhar na construção de um

marco regulatório para a relação com as organizações e no aprimoramento da capacidade gestora do governo, para posteriormente assumir a execução direta das ações de saúde indígena. Mesmo entre os membros do GT essa alternativa apenas era viável se fosse uma alternativa temporária.

Geralmente, ocorre uma distorção do Paradigma da política na fase da Implementação, no momento em que as ideias que formam a política se confrontam com um conjunto de variáveis não previstas. Então, o próprio processo interno de deliberação formula uma alternativa que se distancia da proposta inicial e o processo de aprendizado vai orientar sucessivos *rounds* de formulação-implementação-reformulação, para fazer os ajustes incrementais necessários para adequar a política ao seu Paradigma. Em alguns casos extremos pode ocorrer reformas mais profundas ou até mesmo o término de programas ou políticas (Howlett, Ramesh, Perl, 2009, p.202). Porém, na saúde indígena a distorção criada foi tamanha, que ocorre uma inversão da proposta, principalmente no ponto que estabelece o papel relativo ao Estado, que será percebida pelos atores do subsistema e se tornará o principal ponto de atrito da política de saúde indígena, sendo essa inversão representada da seguinte forma:

Núcleo da Política da CNPSI	Lei Arouca	Alternativa Implantada
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recusa da municipalização e terceirização dos serviços.</li> <li>- Execução direta da atenção básica pelos DSEIs , que seriam unidades descentralizadas com autonomia financeira e administrativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Municípios e ONGs podem entrar como complementares no custeio e execução das ações.</li> <li>- DSEIs como base do Subsistema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Municipalização e Terceirização na execução da atenção básica. Equipes vinculadas a ONGs ou Municípios.</li> <li>- DSEIs não podem ser autônomos devido à carência de recursos humanos</li> <li>- Centralização administrativa do DESAI/FUNASA</li> </ul>

Nesse contexto podemos listar três problemas iniciais:

- Esse entendimento que pressupõe uma distinção entre setor público estatal e não estatal, que orienta a Reforma do Estado, não encontra unanimidade e conseqüentemente aceitabilidade entre todos os atores do subsistema, como exemplo o MPF que enxerga em suas ações que o processo chamado de “publicização” era de fato privatização. Tal entendimento torna o processo irregular pelo descumprimento da regra constitucional de que a prestação dos serviços de saúde devem ocorrer diretamente pelo poder público, pois haveria também o repasse de patrimônio e recursos que lesionariam o patrimônio público, e no caso da saúde fere o princípio da Lei Orgânica do SUS e da Lei Arouca, da complementariedade dos serviços; o que gera ações públicas junto ao judiciário contra a terceirização tanto pelo MPF quanto pelo MPT.

- A saída encontrada na forma de convênios com as ONGs careceu de mecanismos de controle e fiscalização. De forma semelhante como ocorre com os Municípios é delegado à execução da atenção básica para as ONGs sem mecanismos eficientes de monitoramento e acompanhamento de suas atividades. A execução, que deveria ser feita diretamente pela FUNASA por meio do DSEI, era atribuída às ONGs que demonstravam melhor capacidade; caso contrário, seria municipalizada. A escolha da modalidade variava de acordo com a região e a capacidade local das organizações, sendo que uma modalidade não exclui completamente a outra, pois os Municípios também recorrem às ONGs para a contratação de mão-de-obra não concursada para montar as EMs. Como resultado, 85% dos recursos humanos para a saúde indígenas são terceirizados, por meio da FUNASA, ou municipalizados, por meio da SAS, com formas precárias de contratação, sem plano de carreira, com alta rotatividade, pois o período máximo de temporários é de dois anos (Ministério Público Federal. Ação Civil Pública, 2008).

- A alternativa acaba inviabilizando um dos principais elementos do Núcleo da Política, os DSEIs, como unidades descentralizadas autônomas que executariam a atenção à saúde indígena de forma direta, ao invés disso ele se reduz a apenas uma subunidade geográfica que serve de referência na definição das modalidades de convênios e suas respectivas atribuições.

Em 2001, ocorre a III CNPSI que reforça as crenças das I e II CNPSI, defendendo novamente a autonomia administrativa e financeira dos DSEIs, reconhecendo-os como unidade gestora, viabilizando mecanismos de contratação de recursos humanos. Com o

objetivo de aproximar o modelo adotado do Núcleo da Política, adiciona um novo conjunto de Crenças Secundárias, entre elas: que sejam regulamentadas as parcerias com organizações governamentais e ONGs, estabelecendo normas, atribuições e hierarquização de responsabilidade de forma transparente, assim como mecanismos eficazes de fiscalização e controle social; também acrescenta questões relativas à segurança alimentar, auto-sustentação, saúde da mulher, criança e adolescente; implantação dos programas de controle de DST, alcoolismo, tuberculose. Para os AIS, propõe a seleção feita pelas comunidades, de acordo com os critérios estabelecidos pelos Conselhos locais, distritais e o DESAI.

No entanto, o modelo prossegue sem alterações substanciais, apesar de, em 2002, por meio da Portaria nº 442, a FUNASA estabelecer critérios e obrigações das conveniadas, nem a FUNASA tem condições de fiscalizar, nem as ONGs de cumprir, sendo alvo de novas críticas, incluindo no Congresso Nacional pela Frente Parlamentar de Defesa dos Povos Indígenas, fundada em 2003, que defende que a Funasa execute as ações de saúde indígena de maneira direta, defendendo uma reestruturação da entidade.

A Lei Arouca não encerra a coalizão que deseja centralizar a política indigenista. Nos anos seguintes, ocorrem tentativas de reverter a situação. Porém, não obtém sucesso, mas atrai atores devido aos problemas apresentados pelo modelo da FUNASA, que são: a distância de seu Núcleo da Política e a desarticulação entre os diversos órgãos responsáveis pela política indigenista. Podemos observar essa disputa no Congresso Nacional em 2003 quando o assessor jurídico do CIMI defende o fortalecimento da FUNAI e a centralização das políticas voltadas para o índio (Rádio Câmara, 17/09/2003), dispersas entre os Ministérios, ou seja, o próprio CIMI que se posicionou a favor da transferência da saúde indígena para a FUNASA e participou do GT de 1999, muda seu posicionamento, assim como lideranças indígenas e deputados que defendem o retorno da saúde indígena na FUNAI (Câmara dos Deputados. Sessão: 070.3.52); enquanto a Frente Parlamentar de Defesa dos Povos Indígenas defende a descentralização, desde que haja uma ação coordenada entre os Ministérios e propõe a criação de um órgão superior de política indigenista que teria a FUNAI como órgão executor. No entanto, ambas as coalizões recusam o modelo de terceirização, defendendo a execução das ações básicas de saúde pelo poder público, sendo consolidada uma percepção de que a municipalização e a terceirização, em decorrência da falta de autonomia financeira e administrativa dos DSEIs, são a principal fonte dos problemas enfrentados pela saúde indígena. Lembremos também que a relação do Estado com as ONGs, sobretudo aquelas que

atuam na política indigenista, é investigada em uma CPI no Senado em 2002, organizada por um senador que acusava a política indigenista de estar nas mãos de ONGs internacionais.

No início do governo Lula ocorre uma nova orientação do governo na saúde indígena, junto com a nomeação de uma nova equipe dirigente para a FUNASA, que não é mais buscar o setor público não estatal na execução dos serviços, mas aumentar o papel do setor público estatal. O modelo dos convênios da FUNASA já se encontrava desgastado em 2004 com conflitos entre a FUNASA e ONGs, o próprio diretor nacional do Subsistema de Saúde Indígena que estava conduzindo o processo de terceirização é substituído em um processo de atrito entre o DESAI e as ONGs (Garnelo, 2004), que se torna público com acusações mútuas na imprensa, agravado por denúncias do MPF de corrupção, desvio de finalidade, superfaturamento, inexistência de comprovação de despesas. Em face das denúncias do MPF e das crescentes críticas do Congresso a FUNASA realiza uma auditoria interna analisando os convênios celebrados entre 2001 e 2003 encontrando em 17 ONGs fiscalizadas ocorrências de irregularidades nas conveniadas, que apresentam estrutura logística e física inadequadas, insuficiência de profissionais, problemas gerenciais e administrativos. Esse cenário, em grande parte, é decorrente do fato de que as ONGs receberam a atribuição de cuidar da atenção básica de uma região de forma direta, quando apenas tinha estrutura para fazê-lo de forma complementar, como previa a Lei Arouca. Entre os casos, está o da REIMER, responsável pela saúde de Guairá/PR que apresentava déficit de infraestrutura e condições gerais (Ministério Público Federal. Ação Civil pública, 2007). Porém, a auditoria encontra problemas no próprio modelo dos convênios firmados, em que o projeto básico, ou seja, o conjunto de elementos necessários para caracterizar o objeto do convênio, não foi exigido, o que, além de afrontar a IN/STN n.1/97<sup>4</sup>, tornando o ato irregular, demonstra a ausência de critérios na celebração do convênio.

A partir de 2004 em resposta à situação geral, a nova orientação, a pressão vinda do Congresso e a CPI das ONGs do Senado, que encontra diversas irregularidades nos convênios da FUNASA cobrando providências do MPU, TCU e CGU (Controladoria Geral da União), a FUNASA procura alterar seu modelo de terceirização. Essa reestruturação também é impulsionada devido a perdas de atribuições para a SVS (Secretaria de Vigilância Sanitária) no ano anterior, que força uma reestruturação das atividades, e ao Projeto VIGISUS II (Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde), resultante de um acordo de

---

<sup>4</sup> Instrução Normativa nº 01, de 15 de janeiro de 1997 da Secretaria do Tesouro Nacional, que disciplina a celebração de convênios de natureza financeira.

empréstimo do Banco Mundial ao Ministério da Saúde. Embora o VIGISUS II abrangesse o SUS como um todo, dando ênfase especial a SVS, para a FUNASA representa uma nova fonte financeira que aumenta em 77% seu orçamento, particularmente para as ações de saúde indígena, que não apenas fornece novos recursos, criando novas oportunidades, como o projeto contrata consultores técnicos que apontam as falhas do modelo e apresentam propostas para o fortalecimento da autonomia dos DSEIs, resultando na estruturação de um subcomponente para a saúde indígena, com o objetivo de investir na capacitação de profissionais, construção de unidades de saúde, melhoria dos mecanismos de participação, fortalecimento institucional, fortalecimento dos mecanismos de governança dos DSEIs e de sua gestão. Prevendo o desenvolvimento de um modelo de supervisão, avaliação e autonomia de gestão de recursos dos DSEIs e das ONGs, que executam a prestação dos serviços, sendo o DSEI o gestor local.

O resultado do processo de expandir o setor estatal na política de saúde indígena é a Portaria nº 70 que aprova as Diretrizes de Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, em que anuncia uma proposta de recuperar a execução da atenção básica de forma direta, reforçando em seu artigo VIII, o item da lei Arouca que estabelece aos Estados, Municípios e ONGs a competência de atuar na execução das ações de atenção à saúde indígena de forma complementar, detalhando o papel de algumas instâncias não contempladas pela Lei Arouca, como o DESAI e as CORE (Coordenações Regionais) e o papel da FUNASA, DSEIs e Conselhos de Saúde, expandindo o papel relativo de algumas das CORE no firmamento de convênios.

Porém, na prática a Portaria nº 70 é implementada de forma desigual variando de acordo com as localidades: em alguns locais, diminui o papel das conveniadas, que se tornam meros instrumentos de contratação de recursos humanos; em outros, mantém esse papel. O próprio papel das CORE é implantado de forma desigual, alguns com maior autonomia de realizar convênios, e outros, como no caso da CORE do Mato Grosso do Sul, essa atribuição fica inteiramente a cargo do DESAI em Brasília. No entendimento das ONGs e movimentos indigenistas e indígenas, a Portaria nº 70 acaba com a pouca autonomia administrativa dos DSEIs passando toda a responsabilidade às CORE, afirmando também que o DESAI decidiu atribuir todo o ônus das falhas acumuladas às ONGs (Conselho Indigenista de Roraima, 21/06/2004), prolongando o clima de atrito entre DESAI e ONGs, levando três conveniadas optarem pelo afastamento da prestação de serviço.



Em junho do mesmo ano a FUNASA, promove o I Fórum de Debates sobre os Aspectos Jurídicos da Saúde Indígena, em que são discutidas formas de implantação de um novo modelo que visava promover a administração pública para reverter a terceirização. O resultado pode ser observado no VI Encontro Nacional da 6ª Câmara, que ocorre em outubro do mesmo ano, em que o Diretor de Saúde Indígena da FUNASA após fazer uma exposição em que afirma que a implantação do modelo não corresponde às expectativas criadas em sua idealização; que a base do sistema funcionou sobre a firmação de convênios com ONGs e prefeituras; que a FUNASA funciona como um “banco financiador” dos mesmos sem avaliação adequada do conteúdo ou qualidade, afirma que esse modelo tornou-se insuficiente e defende a Portaria nº 70, por meio da qual a FUNASA ficaria responsável por prestar diretamente os serviços de saúde; porém, reconhece que “não há possibilidade de qualquer órgão federal assumir algum tipo de responsabilidade exclusivamente direta em todos os cantos do país”. Dessa forma, a Portaria faria com que a contratação seguisse a cargo das conveniadas, porém a capacitação do pessoal é feita pela FUNASA, colocando que o problema da FUNASA não foi de orçamento, mas de gestão devido à falta de fiscalização no modelo.

Apesar desse esforço, a situação não é revertida, a FUNASA não conta ainda com recursos humanos para diminuir a dependência dos convênios; portanto, não assume a execução das ações diretamente como o pretendido, não reverte à municipalização, não consegue tornar o DSEI autônomo e ainda opera com um quadro insuficiente de servidores ativos sem conseguir realizar concursos, nem impedir a transferência de pessoal para as secretarias municipais e estaduais, apesar de ter diminuído o número de convênios, de 59 para 49; aumentou a parcela do orçamento investida nos convênios em 12% (Funasa, Relatório de gestão 2003). O que a Portaria altera no final, são algumas regras do modelo dos convênios e algumas atribuições que assume, sem alterar substancialmente o modelo. No entanto, contribui para expor suas falhas, fortalecendo a percepção da distância entre o modelo implantado e o seu paradigma.

### **Novo Impacto Externo**

Ainda em 2004, e principalmente em 2005, no Congresso Nacional a política de saúde indígena atrai novamente atenção pública com um novo impacto externo, que tem como estopim uma notícia na imprensa que aponta a morte de crianças indígenas por desnutrição no Município de Dourados/MS, a maior reserva indígena em área urbana do país e segunda

maior população indígena do país. A notícia ressalta a FUNAI e a FUNASA como grandes responsáveis pela situação, desencadeando uma onda de críticas, principalmente por parte da oposição, contra a política indigenista do governo, tornando a FUNASA mais uma plataforma de ataque da oposição e defesa da base governista, ao governo, à política indigenista, à política de saúde indígena, ao modelo de terceirização e até mesmo à política de demarcação de terras coordenada pela FUNAI. Neste contexto ocorre também a disputa no Congresso entre as coalizões que defendem a centralidade da política indigenista e da que defende a descentralização, assim como críticas ao modelo da FUNASA por movimentos indigenistas e pela 6ª Câmara do MPF (Agência Câmara, 19/05/2005). O desdobramento é a instauração de uma Comissão Externa para investigar as mortes.

No entanto, essa crise ganha um superdimensionamento, externo ao âmbito exclusivo da saúde indígena e da política indigenista, além da própria gravidade do caso que por si só atrai atenção pública. Temos no contexto nacional da época o Programa Fome Zero, um dos principais programas sociais do primeiro mandato do governo Lula, assim como um dos grandes alvos de críticas nos anos subsequentes a sua implantação. No Congresso Nacional a questão acaba sendo capturada pela disputa partidária, principalmente porque a mesma região de Dourados foi o local de lançamento do Programa Fome Zero Indígena, que seria a vertente indigenista do programa, sendo essa a única região indígena no Brasil a receber aportes dos recursos destinados ao combate à desnutrição até o momento, pelo Convenio nº 004/03, estabelecido pelo Ministério da Segurança Alimentar e o Governo do Mato Grosso do Sul, no valor de 5 milhões e 608 mil, do qual descobre-se que o Estado apenas aplicou menos do que a metade dos recursos (Câmara dos Deputados, Sessão 009.3.52.0, 2005).

O Fome Zero Indígena, foi estruturado na tentativa de reverter os dados apresentados pela FUNASA de desnutrição, em que de 7.943 índios com até 5 anos de idade, 1.379 apresentavam quadro de desnutrição. Ainda em 2003 a FUNASA inclui no Plano Plurianual e no Plano Operativo Anual o programa de vigilância alimentar e nutricional, entre 2003 e 2004, em cooperação com o Ministério do Desenvolvimento e Segurança Alimentar, sendo implantados nas CORE do Mato Grosso do Sul, Xavante, Minas Gerais, Espírito Santo e no DSEI de Dourados em 2004, buscando a cooperação técnica de mais sete ministérios e da FUNAI para promover e apoiar as ações de segurança alimentar e nutricional (FUNASA relatório de gestão, 2005). Embora a CORE do Mato grosso do Sul tenha apresentado grande queda da mortalidade infantil na gestão da FUNASA, de 140/1000 em 1999 para 48,77/1000 em 2005 (FUNASA, relatório de gestão CORE/MS, 2005), sendo detectada redução do

índice de desnutrição para 12,9% em 2004 e 10% em 2006, ainda elevado comparado à média nacional, mas em queda; o caso se torna emblemático, atraindo atenção pública, pois por ter sido o local do lançamento do programa, Dourados deveria ser o símbolo do governo no combate à desnutrição indígena, mas se torna, na mídia e no Congresso, um símbolo da desnutrição indígena, ainda que os dados demonstrassem queda da mortalidade infantil e melhoria das condições nutricionais.

Podemos observar a gravidade desse impacto no relatório de gestão da CORE do Mato Grosso do SUL em 2007, no tópico sobre desnutrição, em que elenca como maior desafio a necessidade de reverter a imagem pública do caso, de uma forma atípica se considerarmos o conjunto dos outros relatórios da FUNASA:

**Maior desafio: Reverter a imagem perante a opinião pública.**

Principal tópico - Mortalidade: Não devemos sonhar que a mortalidade vai cair ao índice zero.

Porém, nós precisamos pensar e agir para que toda possibilidade de óbito seja evitada. E isto tem que ser conhecido também pelo público externo.

Sugestão: Notas técnicas com texto legalista, com certeza, mas podemos também reservar espaço para o tom humanista, onde se transpareça a indignação e a tristeza daqueles que tudo fazem para evitar o óbito.

Implementação: Maior agilidade na publicação das notícias com temas positivos e daí a necessidade das Cores terem autonomia para enviarem seus releases para imprensa.

A resposta da FUNASA a essa crise é ampliar a nova ação de Vigilância e Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas (FUNASA, relatório de gestão, 2006), que consistia em atividades de combate à desnutrição e inclusão de informações sobre o estado nutricional da população indígena nos sistemas de informações do Governo, incluindo a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional em 17 dos 34 DSEIs, que consiste em um sistema de informações que possibilitaria a identificação dos desvios nutricionais da população indígena e identificar as áreas geográficas com maiores riscos de problemas nutricionais, com o objetivo de em dois anos acompanhar a situação nutricional de todas as crianças indígenas, estimadas em 50 mil.

Em relação à crítica que esse impacto coloca na relação com as conveniadas e com a Portaria nº 70, a resposta é o aumento da fiscalização, paralisando o repasse quando por meio de suas auditorias encontra irregularidades nos convênios. Porém, o resultado dessa ação teve

consequências negativas, piorando a situação, pois sem o devido repasse às ONGs apresentaram piora da capacidade de atenção à saúde, gerando dívidas trabalhistas e todo o tipo de problemas relacionados à falta de recursos em saúde, entre eles a falta de medicamento, equipamento, transporte, entre outros. Algumas dessas ONGs paralisam suas atividades ocorrendo o abandono da região pelos profissionais de saúde, causando descontinuidade da atenção (Ministério Público Federal. Ação Civil Pública. 2008), acirrando também o clima de atrito entre ONGs e o DESAI, obrigando o MPF a entrar com ação judicial para que os repasses ocorressem novamente, mesmo sendo constatada situação irregular, pois apesar de sua postura contra a terceirização da saúde indígena, como a própria procuradoria da FUNASA em parecer emitiu:

“Em verdade, o meio convenial não é aplicável para ações continuadas. Não é possível admitir que a prestação à saúde seja interrompida por conta da inadimplência ou desvio cometido por gestores de entidades privadas. *Mutatis mutandis*, o modelo atual impõe que caso a organização não-governamental pratique qualquer irregularidade as pessoas ficarão sem a devida assistência.”(Ibid.)

Em 2005, a Comissão Externa finaliza seu relatório encontrando diversas irregularidades, principalmente nos convênios da FUNASA; encaminha o relatório para o CGU, TCU, MPF e MPT (Agência Câmara 30/08/2005), iniciando um período de investigação de múltiplas instâncias governamentais nos próximos anos. Com exceção ao MPF, em especial a 6ª Câmara, que defende um Núcleo de Política, esses órgãos não se posicionam na disputa entre as coalizões do subsistema de saúde indígena, antes disso seguem lógicas próprias de fiscalização. No entanto, acabam fornecendo perturbações externas ao subsistema.

A auditoria realizada pela SEMAG (Secretaria de Macroavaliação Governamental) em 2006 também detecta graves problemas nos convênios celebrados entre a FUNASA e Estados, Municípios e ONGS, que não atendiam exigências legais, em que a análise da viabilidade técnica da conveniente é feita posteriormente à celebração do termo, concluindo que a FUNASA não utiliza critérios técnicos, nem controle para a seleção dos convênios. Sendo que a prestação de contas apenas é exigida após liberação de 80% dos recursos previstos, o que é irregular pelo art.18 da IN/STN 01/97 (TCU,2007).

A CGU monta uma “força-tarefa” a pedido de seu Ministro-Chefe, Waldir Pires, para elaborar um plano minucioso de auditoria em todos os convênios da FUNASA. Entre ONGS

e Municípios a CGU encontra diversas irregularidades nas auditorias que realiza constatando grandes quantidades de recursos desviados. Entre as irregularidades encontradas, incluem falta de prestação de contas e descumprimento do objetivo contratado. Apenas no Mato Grosso do Sul, entre 65 processos licitatórios analisados, foram encontradas 71 improbidades ou irregularidades (Câmara dos Deputados . Sessão: 011.5.52, 2006).

Em 2007, a política de saúde indígena ganha novas investigações. Com os resultados da Comissão Externa, é instituída a CPI da Desnutrição de Crianças Indígenas, destinada a investigar as causas, consequências e responsáveis pela morte de crianças indígenas por desnutrição entre 2005 a 2007, investigando principalmente a FUNASA e seus contratos, sendo que a Comissão de Fiscalização Financeira e Controle pede ao TCU auditoria de todos os convênios da FUNASA nas questões de saúde e segurança alimentar dos índios.

A auditoria da FUNASA feita pelo TCU no mesmo ano aponta para uma vasta gama de irregularidades e de uma situação geral bastante desfavorável à fundação. Aponta para a situação em que, de um lado, o acompanhamento da FUNASA é insuficiente; por outro, as ONGs demonstram falta de estrutura para cumprir com o objeto conveniado, detectando um mecanismo irregular que é o sobrestamento de prestações de contas pela Funasa, que constitui um subterfúgio para garantir a continuidade dos repasses para as instituições que não têm prestação de contas aprovada, apontando a falha na auditoria interna da FUNASA em prevenir, identificar e corrigir falhas e fraudes, devido a sua estrutura deficiente. A auditoria classifica a FUNASA como agência repassadora, pois a execução das ações é por meio de convênios, mas também é ineficiente nessa função, pois não possui procedimentos que garantam a sustentabilidade dos projetos e a legalidade dos repasses, nem instrumentos coercitivos para a correção de condutas. Entre as diversas irregularidades encontradas, aponta que o próprio modelo de convênios adotado é incompatível com a IN/STN n.1/97, pois a saúde é uma ação de caráter contínuo e a celebração de convênios deve se restringir à realização de atividades com prazos determinados. A renovação sucessiva dos convênios com as mesmas entidades conduzem ao entendimento de que os convênios realizam atividades de caráter contínuo, sendo essa interpretação reforçada pelo fato de que as ONGs efetuam pagamentos de despesas de instrumentos anteriores com recursos de convênios subsequentes, o que também é uma ação irregular. Constata a baixa eficiência administrativa da FUNASA, sendo insatisfatório o alcance das metas proposto pela própria fundação: entre 17 indicadores, apenas dois alcançam a meta e oito não conseguem atingir nem metade das metas, apesar da execução de 90% do orçamento, que foi progressivo através dos anos. A auditoria conclui que, dada à extensão e gravidade dos problemas levantados, recomenda à FUNASA a

“necessidade urgente de mudança de rumos e adequação estratégica, tática e operacional”, e recomenda ao Ministério da Saúde que estude a “ reestruturação da Fundação Nacional de Saúde, ante a ineficácia de seus controles internos, principalmente na área de administração de pessoal e formalização de convênios”. No mesmo ano, a partir do resultado dessa auditoria, o TCU determina em um Acordão, que a FUNASA melhore os critérios de seleção e de renovação dos convênios, reavaliando a prestação de contas de diversos convênios, dando o prazo de sessenta dias para a FUNASA tomar as devidas providências. A própria FUNASA em seus relatórios internos reconhece que a situação da saúde e do saneamento está longe de ser satisfatória apesar da melhora nos indicadores, responsabilizando como principal causa a carência de recursos humanos (Funasa, Relatório de gestão 2007).

Ainda em 2007 o MPT encaminha uma ação civil pública ao Judiciário, em decorrência da situação dos profissionais da saúde indígena que não contavam com as garantias do concurso público, apresentando condições trabalhistas adversas com contratos bastante precários, sobretudo dos AIS e AISAN, que ganham especial relevo, pois não foram regulamentados pela CLT junto com os Agentes Comunitários de Combate à Endemia em 2006 no Senado; por fim, ao fato da FUNASA usar os convênios como fonte de mão de obra terceirizada como alternativa da concursada. Como saída é firmado um TAC que obriga a FUNASA substituir toda a mão-de-obra terceirizada por concursada. Dessa forma assumiria a execução direta das ações, estipulando o prazo de até 2012 para substituição de 13.000 funcionários, impossibilitando também a contratação de profissionais sem concurso público por intermédio de ONGs. Dessa forma, entre o Acordão do TCU e o TAC do MPT, a FUNASA se encontra obrigada a reverter a situação.

O MPF, por sua vez, durante todo esse período, denuncia secretarias municipais e estaduais, prefeitos, governadores, ONGs e a FUNASA. Dessa forma aponta outra gama de defeitos do modelo, sendo que, devido às regras jurídicas e institucionais, usualmente a atuação do MPF ocorre no âmbito local, mas em suas ações frequentemente argumenta que o local é sintoma dos problemas que afetam a política de saúde indígena como um todo. O MPF defende a implantação da Lei Arouca, as resoluções das CNSPI de forma plena e da Conferência 169 da OIT, em especial a partir de 2004 quando foi positivada a Emenda Constitucional n.45 que diz:

Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais.

O que inclui a Convenção 169 da OIT, da qual o Brasil é signatário desde 2002 e é aprovada em 2004 no Congresso Nacional, deixando de estar limitada como um princípio normativo e compõe a base legislativa sobre a qual pode ser exigido seu cumprimento. Está a Convenção 169 com princípios bastante próximos do Núcleo da Política das CNSPI, dizendo em seu capítulo sobre a saúde:

1. Os governos deverão zelar para que sejam colocados à disposição dos povos interessados serviços de saúde adequados ou proporcionar a esses povos os meios que lhes permitam organizar e prestar tais serviços sob a sua própria responsabilidade e controle, a fim de que possam gozar do nível máximo possível de saúde física e mental.

2. Os serviços de saúde deverão ser organizados na medida do possível, em níveis comunitários. Esses serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar em conta as suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais.

3. O sistema de assistência sanitária deverá dar preferência à formação e ao emprego de pessoal sanitário da comunidade local e se centrar no atendimento primário à saúde, mantendo ao mesmo tempo estreitos vínculos com os demais níveis de assistência sanitária.

Dessa forma, o MPF defende a capacitação dos profissionais de saúde em questões indigenistas, expansão do controle social desde o projeto e planejamento até a avaliação dos gastos e que a descentralização ocorra no DSEI com autonomia administrativa e financeira. Usando dos meios judiciais e extrajudiciais, defende a aplicação e gestão de recursos diretamente pela FUNASA, obrigando a fundação a assumir ação direta, defendendo a substituição dos funcionários terceirizados por funcionários concursados, em especial após 2007 com o TAC do MPT, reforçando sempre que os estados e Municípios podem entrar apenas como complementares na execução da atenção de maior complementariedade devido à relação com o SUS, não na atenção básica caracterizada pelo contato pessoal, familiar e comunitário dos profissionais de saúde (Ministério Público Federal. Ação Civil Pública. 2008). O MPF faz diversas tentativas de reverter o quadro pela via judiciária, demanda à FUNASA tomar posse da execução direta da atenção básica em âmbitos locais, garantir a capacitação e contratação de recursos humanos, exige também que a SAS suspenda os fatores de incentivos redirecionando esses recursos diretamente para a FUNASA e anulação de convênios irregulares. Além da questão da terceirização e municipalização, o MPF entra em outros conflitos com a Funasa que se traduzem em ações judiciais, tentando barrar Portarias, exigindo que se cumpra com obrigações, apontando falhas de infraestrutura, falta de abastecimento de água, carência nas ações de saneamento e falhas que ocorreram nos casos

em que a FUNASA foi obrigada judicialmente a assumir objetos de convênios, entre outras. No entanto, existem limites a essa ação: entre eles, o Poder Judiciário não pode exigir que a FUNASA assumira a atenção básica de forma direta, pois não pode solucionar sua carência de recursos humanos; a criação de cargos deve ser encaminhada ao Congresso pelo poder Executivo. Portanto, não pode interromper os convênios, por mais irregulares que sejam, sem criar uma lacuna nos serviços, restringindo a decisão à exigência de que as futuras contratações ocorram de forma transparente com participação e controle social, com melhora dos instrumentos de monitoração. O Poder Judiciário também se restringe pelo princípio da divisão de poderes nos casos que entende que pode haver substituição do “administrador pelo juiz” (Acórdão Publicado no D.J.U, 2005).

Porém, o MPF obtém sucesso em diversas ações que, apesar de limitadas no alcance e não conseguindo uma alteração substancial do modelo geral, expõem outro conjunto de desarranjos, contribuindo para a percepção dos atores sobre a insuficiência do modelo.

Portanto, o impacto externo de 2005 acaba desencadeando uma onda de investigações de diversos órgãos que acabam evidenciando uma quantidade elevada de falhas e irregularidades da política da FUNASA a um ponto insustentável.

### **Disputa de Coalizões**

Simultaneamente a essas denúncias e investigações, ocorre a disputa entre as coalizões. Em 2006, ocorrem duas conferências: em março a IV CNSPI organizada pela FUNASA, resultado de 34 Conferências Distritais, contando com 800 delegados dos quais 52% representavam usuários indígenas, que, além de reafirmar o Núcleo da Política das CNSPI anteriores, defende a permanência da saúde no Ministério da Saúde (Funasa, 2007). No entanto, nas conferências distritais é apresentada a proposta de criação da SESAI (Secretaria de Saúde Indígena), sendo derrotada na plenária da etapa nacional em um processo conturbado de denúncias de que a FUNASA haveria manipulado o processo.

No mês seguinte, ocorre a Conferência Nacional para os Povos indígenas, organizada pela FUNAI com o objetivo de propor diretrizes e subsídios à política indigenista, resultado de nove Conferências Regionais, em que são abordados amplos temas que diz respeito à relação entre Estado e comunidade indígena, entre eles, a saúde, participando da Conferência Nacional 900 delegados, que representam 173 etnias indígenas; defende, então, que no futuro ocorra a centralização da política indigenista na criação de um Ministério específico para as questões indígenas. Porém, até que seja o momento oportuno da proposta, deve ocorrer o



fortalecimento da FUNAI com incremento de recursos financeiros, materiais e humanos, reivindicando o retorno da saúde indígena à FUNAI, assim como a transferência de todo o patrimônio e recursos humanos destinados a essa atribuição (Funai, 2006).

Pelo lado do Movimento indígena e indigenista, desde 2005, ocorre o Acampamento Terra Livre que reúne diversas organizações com o objetivo de discutir as questões que impactam os povos indígenas. Na área da saúde, defende o Núcleo da Política da CNPSI com a autonomia dos DSEIs, faz críticas à municipalização, demanda a regulamentação dos AIS e AISAN e, por fim, a criação da SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena) (Fórum em Defesa dos Direitos dos Povos Indígenas. Abril Indígena: Carta da Mobilização Nacional Terra Livre, 2005). Para a política indigenista, entende que a descentralização nos diversos Ministérios foi positiva e como solução à falta de articulação da política indigenista propõe a criação de um Conselho Nacional de Política Indigenista, com o objetivo de coordenar a ação governamental dividida, que seria composto por representantes indígenas, entidades de apoio e dos órgãos públicos que tenham ou possam ter alguma linha de ação voltada para os povos indígenas, criando dessa forma:

um espaço onde os diversos órgãos federativos envolvidos com a questão indígena possam conversar entre si, incorporando a visão dos povos indígenas e coordená-las para maximizar a sinergia e evitar desencontros (Ibid.)

Essa proposta ganha adesão dos principais Movimentos Indígenas e Indigenistas, tais como a APOINE, APIB, CIMI, COIAB, apoio da Frente Parlamentar de Defesa do Índio e de senadores; sendo concretiza parcialmente na CNPI (Comissão Nacional de Política Indigenista) em 2007, que tem um caráter de discussão para formular propostas, e organizada e presidida pela FUNAI, composta de 20 representantes indígenas, 2 representantes de ONGs, 13 membros de órgãos governamentais, entre eles a FUNASA, três convidados permanentes, o MPF, a AGU(Advocacia Geral da União) e a SEPPIR (Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial). Um dos principais objetivos da Comissão seria elaborar o anteprojeto de lei que criaria o Conselho Nacional de Política Indigenista, este de fato seria mais próximo da proposta original, com natureza deliberativa, capacidade de coordenação e acompanhamento da política indigenista. Porém, o estabelecimento do Conselho não ocorre nos próximos anos, ficando em seu lugar a Comissão de competências bem mais limitadas e de natureza propositiva, sendo que nem toda política indigenista é tratada na CNPI; por fim, torna-se um canal de comunicação entre os diversos órgãos do

governo que atuam na política indigenista, entre si e entre os representantes da sociedade civil.

A CNPI é dividida em Subcomissões, entre elas a Subcomissão da Saúde com as seguintes atribuições: acompanhar e propor normas e diretrizes para a saúde indígena nas pautas mais relevantes, propor a criação de mecanismos de repasse do FNS (Fundo Nacional de Saúde) para os DSEIs, propor alternativas para a realização de concurso público para atender o TAC do MPT e para a regulamentação dos AIS e AISAN. Logo em sua primeira Reunião Extraordinária, faz uma avaliação dos últimos sete anos de gestão da FUNASA da saúde, constatando que a instituição não conta com estrutura apropriada para proceder ao atendimento à saúde. Além das críticas, faz defesa do Núcleo da Política da CNSPI, repudiando a municipalização e a terceirização da saúde indígena pelo seu caráter provisório e aponta para a necessidade de reformular o modelo. O representante da FUNASA esclarece que a própria administração da instituição concorda que mudanças no modelo devem ocorrer. Portanto, na área da saúde, a CNPI acaba se tornando mais uma instância governamental que expõe os defeitos do modelo e demanda suas alterações.

Outra proposta do Acampamento Terra Livre, a criação da Secretaria de Saúde Indígena, entra na agenda governamental, faz parte do programa de reeleição do Presidente Lula e após a eleição, integra o programa de governo, que identifica os defeitos dos DSEIs como a falta de autonomia, falta de sensibilidade dos gestores e técnicos centrais de Brasília, excesso de burocracia e partidarização nas indicações dos cargos, propondo a criação de uma secretaria específica vinculada ao Ministério da Saúde, prevendo o DSEI como unidade administrativa com autonomia de gestão orçamentária e de planejamento, com a criação de uma política de formação de recursos humanos (Ministério da Saúde. Apresentação do Grupo de Trabalho Instituído pelas Portarias 3034 e 3035 de 17 Dez/2008. Subgrupo de Trabalho -Autonomia do Distrito, 2009).

Portanto, pelo lado da coalizão que defende a descentralização da política indigenista, uma vez que há consenso sobre a necessidade de mudança do modelo, ocorre uma divisão entre duas alternativas que divergem a respeito de quem tem melhores condições de reestruturar o modelo para que ele se aproxime de seu Paradigma original. Dessa forma a coalizão se divide em duas com o mesmo Núcleo da Política, mas divergindo a respeito de uma preferência específica: se é a FUNASA a portadora de melhores condições, reformando o seu modelo de atenção; ou se a melhor alternativa é uma mudança institucional mais profunda por meio da criação da SESAI, devido ao acúmulo de problemas relativos à FUNASA e a sua

incapacidade de resolvê-los, dessa forma fundando junto com uma nova instituição um novo modelo.

A FUNASA busca novamente mudar o modelo com um novo conjunto de regras secundárias para garantir autonomia dos DSEIs, por meio de uma mudança em seu Estatuto, encaminhando em 2008 uma proposta de Decreto Presidencial que muda o Estatuto da FUNASA criando Coordenações Regionais e DSEIs descentralizados, junto com uma proposta de substituir os 13.000 funcionários terceirizados, estipulados pelo TAC do MPT e a elaboração de uma política de recursos humanos para a saúde indígena. Na proposta à FUNASA deixa claro que a terceirização e a municipalização nunca foram os objetivos da instituição, mas uma necessidade em resposta à carência de recursos humanos. Por meio da Portaria nº 293 estabelece novos critérios para a celebração de convênios com ONGs e entidades governamentais, adequando-se ao Acórdão do TCU e ao Decreto nº 6.329<sup>5</sup>, exigindo o modo de contrapartida a ser aplicada, que o projeto de celebração de convênios apresente compatibilidade com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, garantias de viabilidade técnica das ações executadas e obrigatoriedade de prestação de informações relativas à saúde da população atendida caso feita demanda da FUNASA. Outra medida é a suspensão da redistribuição de pessoal para os Estados e Municípios, e o pedido junto ao Ministério do Planejamento de realização de concursos temporários e concursos públicos para cumprir com o TAC do MTP. Porém, posteriormente a FUNASA reconhece que apenas uma mudança em seu Estatuto será insuficiente, necessitando de uma reestruturação mais ampla (Ministério da Justiça. 7ª reunião ordinária da Comissão Nacional de Política Indigenista, 2008).

Ainda em 2008 é aprovado o relatório final da CPI da Desnutrição de Crianças Indígenas. Seu relator recomenda a extinção dos convênios da FUNASA com ONGs devido à falta de controle da entidade e a obrigação do poder público de fazer esse atendimento de forma direta, fazendo uma nova proposta de centralização da política indigenista, defendendo a criação de uma Secretaria Especial para Assuntos Indígenas com *status* de Ministério e poder normativo para definir a política indigenista. O que demonstra que as crenças, nas quais se funda a coalizão que busca centralizar a política indigenista, não necessariamente defendem a FUNAI como instituição central, mas se baseiam na visão de uma política indigenista unificada e integrada.

---

<sup>5</sup> Estabelece normas de transferência de recursos da União mediante a convênios

Paralelamente, a política nacional de saúde em 2008 passa por uma reforma com o objetivo de dividir em duas a SAES (Secretaria de Atenção à Saúde), sendo que manteria a atenção de média e alta complexidade, enquanto a atenção básica ganharia uma secretaria própria, a SAP (Secretaria de Atenção Primária). A divisão ocorre pelo entendimento que a SAES havia se tornado uma Secretaria superdimensionada, incapaz de atender a demanda de atenção de todos os níveis. Com a divisão seria dado novo foco na prevenção que solucionaria o congestionamento dos serviços hospitalares, mas o debate que envolve a criação da SAP abre a oportunidade de retirar a atenção básica para a população indígena da FUNASA, sendo proposta a criação de um Departamento de Saúde indígena na nova Secretaria de Atenção Primária. O Ministro da Saúde, alegando publicamente que a FUNASA se tornara um “antro de corrupção”, anuncia sua intenção de transferir a gestão da saúde indígena para a Secretaria de Atenção Primária, com o objetivo de seguir o exemplo da Estratégia de Saúde da Família, que reorienta o modelo assistencial por meio da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, e entre os integrantes estariam os Agentes Comunitários de Saúde, buscando assim reestruturar os sistemas municipais de saúde, ou seja, a proposta a princípio era parcialmente compatível com o Núcleo da Política da CNPSI. Dessa forma, busca também o objetivo de reverter o quadro de dependência em relação aos convênios, fortalecendo a capacidade de gestão no âmbito descentralizado a partir da estrutura das Coordenações Regionais e de Unidades nos Estados.

No entanto, a falha da proposta estava nos pontos em que encontrava incompatibilidade com o Núcleo da Política da CNPSI, sendo percebida pelos atores do subsistema de Saúde indígena. As lideranças indígenas se colocam contra a proposta por entender que a nova Secretaria de Atenção Primária, por seu caráter genérico, não respeitaria a especificidade dos povos indígenas e não teria a priorização necessária nem capacidade operacional de lidar com a disparidade geográfica e com problemas da saúde indígena que não se originam exclusivamente no âmbito da saúde, como a questão das terras. Dessa forma, consideram a proposta um retrocesso, posicionam-se a favor da permanência da atenção básica na FUNASA, entendendo que a proposta não é criação de um órgão específico para a saúde indígena, apenas uma transferência de departamento. Tanto a coalizão que defendia a permanência da saúde indígena na FUNASA quanto a que defendia a criação da SESAI, posiciona-se contra a proposta de transferência da saúde indígena para a SAP. No Conselho Nacional de Saúde, a proposta foi rejeitada pela Comissão Institucional de Saúde Indígena. No Congresso Nacional essa proposta é repudiada em audiência pública pela Comissão de

Trabalho, Administração e Serviço público da Câmara, representantes da FUNASA, do Conselho Distrital de Saúde Indígena, da Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Federal, da Federação Nacional de Servidores na Saúde, Previdência e Trabalho, que considera que a verdadeira intensão do projeto é esvaziar para extinguir a FUNASA (Agência Câmara 19/11/2008).

No entanto, se o projeto de criação do Departamento de Saúde Indígena na SAP foi fracassado, sendo repudiado pela maioria dos atores envolvidos e abandonado, serviu para quebrar resistências, gerar novas discussões e impulsionar a transferência da saúde da FUNASA. Em agosto de 2008, o governo revê sua proposta e se compromete a criar a SESAI, dentro do Ministério da Saúde, com *status* de Ministério.

Curiosamente, se olharmos para os indicadores do período em que a FUNASA foi responsável pela saúde indígena, há uma melhora da situação de saúde da população indígena, se observarmos o Coeficiente de Mortalidade Infantil da população indígena do período, temos o índice de 96,8 a cada 1000 nascidos vivos, em 1998, para, dez anos depois, em 2008, o índice chegar a 44,95 a cada 1000 (FUNASA, relatório de gestão, 2009). Uma vez que diversas variáveis incidem sobre esse índice, sendo um dos mais importantes indicadores das condições gerais de saúde da população, observamos uma melhora substancial da situação de saúde dos povos indígenas. O coeficiente de mortalidade geral também apresenta a mesma tendência de queda, partindo de 12,8/1000, em 1998, atingindo 4,8/1000, em 2005. Outro indicador que demonstra essa melhora é o tamanho da população indígena que cresce em 78,3%, entre 2000 e 2008. Os indicadores ainda registram que os índices de mortalidade da população indígena é superior à média nacional, mas, nesse período, os indicadores demonstram que há uma melhora da situação, mesmo que a fidedignidade dos dados da SIASI seja discutível, ainda são os dados que a elite decisória dessa política pública usa como guia.

### **3.4. Transição para a SESAI. 2008-2010**

Esse período entre 2008 e 2010 é um período conturbado em que é anunciado que a saúde indígena seria retirada da FUNASA. No entanto, a SESAI ainda não tem condições de

assumi-la, ao menos não na forma predefinida pelo Paradigma da política, formando um período de divisão de gestão e conflitos.

Um Grupo de Trabalho é instituído em dezembro para discutir a transferência da saúde indígena da FUNASA para o Ministério da Saúde, um pré-projeto da SESAI e a autonomia do DSEI, sendo composto por representantes das quatro secretarias do Ministério da Saúde, trabalhadores da área, representantes das regiões das comunidades indígenas, FUNASA, FUNAI, FIOCRUZ, Fórum dos Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e Conselho Nacional da População Indígena, coordenada pela SGEP (Secretaria de gestão estratégica e Participativa) de onde sai o futuro Secretário da SESAI, devido à aproximação da SGEP com os Conselhos de Saúde e movimentos sociais.

O GT faz um documento com conclusões preliminares a serem levadas em cinco reuniões regionais que contariam com a participação indígena, sendo seus principais pontos:

- Autonomia dos DSEIs, estabelecendo que a transferência da FUNASA ao ministério da Saúde apenas ocorre quando se assegurar a autonomia do DSEI, diretamente vinculado a SESAI.

- Integração do Sistema de Informação.

- Criação das SESAI, encaminhando o projeto de lei ao Congresso e definir o quadro de pessoal necessário para executar o TAC do MPT, para tanto sendo necessário negociar com o MPOG (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão) a fim de acabar com a terceirização até 2012 e a criação de cargos específicos com tabela de remuneração diferenciada para os servidores da SESAI.

- Iniciar a negociação com os prefeitos dos 452 Municípios que possuem comunidades indígenas em sua jurisdição.

O GT avalia que para tornar o DSEI autônomo seria necessário um elevado quantitativo de cargos o que dificultaria as negociações com MPOG em função do alto custo associado, mas, com a quantidade de servidores que dispunha a FUNASA, não haveria possibilidade dos DSEI serem transformados em unidades autônomas.

Esse GT esbarra em dificuldades semelhantes ao GT de 1999, da FUNASA, principalmente em termos de recursos humanos. Por questões jurídicas, não seria possível redirecionar para a SESAI a transferência de recursos da SAS para os Municípios. Portanto, os Municípios manteriam sua atribuição de recrutar as EMs por meio de concursos; aos AIS e AISANS a alternativa ainda seria o contrato temporário devido a seus impedimentos jurídicos. Portanto, essa dependência em relação as ONGs também seria mantida, defendendo

que a diferença entre os modelos é que haveria regras mais rígidas, instrumentos para garantir a contrapartida e mudança na forma de transferência de recursos. Essas alternativas, porém, já haviam sido tentadas múltiplas vezes pela FUNASA pelas Portarias de 2002, de 2004 e de 2007 já citadas; outra diferença é que na condição de Secretaria Especial, teria a possibilidade de executar atribuições exclusivas do SUS. Segundo essa proposta, o gestor dos recursos seria o Chefe do DSEI, que teria autonomia para negociar com os Municípios e de realizar os contratos temporários (Ministério da Saúde. Grupo de Trabalho da Saúde Indígena, 2009), porém ainda não era a autonomia de prestar a atenção direta pelo DSEI, pretendida tanto pelo Núcleo da Política, quanto pela coalizão que defendeu a transferência da saúde indígena para o SESAI, nesse sentido o cenário acaba se assemelhando com o cenário de 1999.

A proposta de transferência ganha adesão com o apoio do movimento indigenista e indígena, da Frente Parlamentar de Apoio dos Povos Indígenas e dos deputados que compuseram a CPI da Desnutrição de Crianças Indígenas que reconhecem a criação do órgão como coerente com as recomendações feitas pela CPI.

Os anos de transição que se seguem são conturbados pela resistência dos quadros da FUNASA que preveem sua dissolução, como podemos observar na moção 03 do CNS em 2008 que diz: “servidores da Fundação Nacional de Saúde repudiam sua extinção”. Assim como a disputa na primeira década do subsistema, essa nova disputa se concretiza na fase da Implementação. São denunciados no CNPI, no MPF, no GT e outras instâncias, casos em que a FUNASA nega atendimento alegando que não é mais de sua responsabilidade e interrompe o repasse de convênios, rompendo com alguns deles, o que ocorre em um período em que a SESAI ainda não havia saído do papel, e a FUNASA recebeu orientação de que até que a transferência ocorra ainda era o órgão responsável pela saúde indígena, podendo ser punida por negligência, sendo acusada publicamente de abandono e descompromisso, resultando na manifestação do novo secretário da SESAI de que a decisão da transferência já foi tomada e “quem é contra tem que sair” (Ministério da Justiça. 11ª Reunião Ordinária da Comissão Nacional de Política Indigenista. 2010.), invocando a fiscalização do MPF. Em resposta à FUNASA afirma que essa orientação institucional não existe, responsabiliza os problemas à instabilidade de um “processo de transição interminável de uma medida anunciada constantemente que não se concretiza” (Ibid.); responsabiliza também os servidores terceirizados pelo descumprimento de qualquer dever da instituição. Contraditoriamente a esse argumento, a FUNASA baixa uma Portaria em 2010 exonerando todo o pessoal não concursado dos DSEIs; a medida é interpretada como uma tentativa de forçar uma descontinuidade dos serviços, uma vez que a saída da atenção básica da saúde indígena

parecia irreversível, buscava minimizar as perdas tentando manter as ações de saneamento básico para as comunidades indígenas, recebendo apoio de parte do PMDB no Congresso, pois a FUNASA, desde 2005, havia sido uma das instituições em que o partido disputava a ocupação de cargos no segundo escalão, tendo inclusive alcançado a presidência da fundação. Ocorreu também certa disputa para a transferência de cargos, em que a SESAI não consegue trazer todos os cargos almejados.

No entanto, a principal barreira que impedia a transição da saúde indígena para a SESAI não foi a disputa entre coalizões, mas um impasse que se segue com o MPOG, devido à proposta que envolve a criação de cargos e de um plano de carreira, que inclusive possibilitaria a incorporação de servidores da FUNASA. Como as categorias dos AIS e AISANS não foram regulamentadas, dependendo ainda dos contratos temporários, o Ministério do Planejamento entende que prolongar indefinidamente contratos temporários, descaracterizaria seu aspecto temporário tornando em servidor permanente não concursado, o que não seria nem aceito pelo TCU nem pelo MPT. Outra resistência do MPOG é que a criação de cargos seguiria pela via da Medida Provisória correndo o risco de não ser aprovado pelo Congresso Nacional. A discussão segue para a Casa Civil e a Presidência da República, sendo que o MPOG não autoriza a contratação direta pela SESAI. Com isso a dependência em relação aos convênios se mantém e, mesmo após a criação da SESAI, o MPOG continua sem dar essa autorização.

Sendo o quadro agravado pela insegurança que a transição gera aos Municípios que se recusam a nomear os candidatos aprovados nos concursos públicos que iriam compor as EMs, esses concursos ocorrem por exigência do TAC com o MTP e pela proibição da AGU de contratar servidores para as EMs de forma precária. Devido à intenção anunciada da SESAI de recuperar a ação direta, os Municípios declaram não possuir garantias de continuidade dos repasses. Portanto, nomear servidores sem uma fonte permanente poderia ocasionar em crime de responsabilidade ou ato de improbidade administrativa, criando dessa forma uma situação em que, por um lado, o TAC obriga a dispensar os irregulares e realizar concursos, e, por outro, os Municípios se recusam a nomear os servidores concursados, adicionando novas dificuldades para a SESAI: recrutar os recursos humanos que garantiriam autonomia dos DSEIs. Em face dos impasses com os Municípios e com o MPOG, o TAC do MPT que havia sido transferido para a SESAI recebe um novo prazo, sendo estipulado que deve ser cumprido até 2015. Apenas em 2011 é autorizada a contratação de 269 concursados. Uma das alternativas encontradas é a proposta de um concurso público diferenciado, porém esta é negada pelo Ministro da Saúde que considera a alternativa inviável (Ministério da



Saúde. SESAI. ATA da III Reunião Ordinária do Fórum de presidentes dos CONDISI, 2011).

Esse período de transição se prolonga, em que os impasses apenas são resolvidos com intermédio da Casa Civil e da Presidência da República. O presidente da República em 2010 edita a MP 483, convertida na Lei nº 12.314 que cria a nova secretaria e a alteração da Lei nº 8.745 de 1993, que amplia a contratação temporária ao prazo de até cinco anos para a saúde indígena, autoriza a Presidência da República a criar uma tabela especial de renumeração e traz para a administração direta as execuções da atenção básica. Apenas em 2011 a SESAI é formalmente criada, após uma transição que durou três anos.

Posteriormente, no mesmo ano, no Congresso Nacional, acusações são feitas por deputados, lideranças indígenas e pelo Conselho Nacional de Saúde sobre a continuidade dos problemas da saúde indígena devido à falta de profissionais, estrutura, medicamentos, sendo mantida a estrutura centralizadora e pouca participativa. O MPF instaura 98 inquéritos civis numa ação que batiza de Dia D da Saúde Indígena para apurar o estado crítico da saúde indígena e cobrar políticas públicas de atenção ao caso” (Procuradoria Geral da República. Secretaria de Comunicação Social, 2012), como coloca o Procurador da república no Amazonas:

a Sesai representa uma grande conquista para os povos indígenas, mas o problema que se constata é que, passados mais de dois anos desde essa mudança, não se veem resultados. Pelo contrário, a situação piorou, pois não tem sido feita boa gestão dos recursos. (Ibid.)

O CONDISI aponta para a falta de participação indígena na descoordenação entre os gestores do DSEIs e o controle social, visto que estão impondo e não consultando os povos indígenas, o que desrespeita a Convenção 169 da OIT, além de desrespeitar a diversidade cultural

No entanto, longe do subsistema atingir sua estabilidade, ainda em 2011, quando a saúde indígena tinha sido recentemente transferida para a SESAI, um Projeto de Lei foi apresentado no Senado, sob o pressuposto da instabilidade da FUNAI, que a pluralidade institucional da questão indigenista resultou em falta de coordenação, dispersão de recursos, lacunas e baixo atendimento das demandas existentes, assim como a crítica da concentração das políticas de regularização fundiária, sendo defendido já por um longo período que essa desconcentração ocorresse nos Estados e mais recentemente que fosse decidida pelo Congresso Nacional; o projeto autoriza a Presidência da República a criar a Secretaria Nacional dos Povos Indígenas, órgão que teria *status* de ministério e absorveria as atribuições da FUNAI e

SESAI, centralizando novamente a política indigenista. O projeto de Lei, encaminhado pelo relator da CPI da Desnutrição Indígena, recebeu pareceres favoráveis da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa em 2011 e da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania em 2013.

Demonstrando que a coalizão que defende a centralização e a que defende a descentralização ainda se mantém e que até o presente momento o assunto não abandonou a agenda política.

## Considerações Finais

O objetivo dessa pesquisa é oferecer uma abordagem ao tema da saúde indígena cujo o foco não fosse exclusivamente da Antropologia, da Saúde Pública, nem da Antropologia Médica, áreas que já exploram as implicações teóricas e empíricas do tema com bastante competência, mas uma abordagem complementar partindo da base teórica da Ciência Política. Com isso destacamos certos processos e padrões aos quais foram dados pouca atenção, sobretudo o papel que o Estado tem nesse processo, buscando enxergar as instituições, os atores e as ideias que estruturam a política de saúde indígena.

Partimos da construção do Núcleo Central em meio ao qual a política emerge, onde temos uma série de transformações que ocorrem na natureza da cidadania, tanto na extensão de direitos universais, como equalização de *status*, quanto no momento em que surge a demanda para que esse universalismo se adapte à crescente percepção da heterogeneidade social e cultural, adicionando a diferença onde antes se buscou a igualdade, nos direitos e deveres na relação Estado/cidadão. No contexto nacional da cidadania, temos a Constituição de 1988 que, por um lado, termina o processo de substituir definitivamente a cidadania regulada, universalizando importantes direitos sociais, entre os quais a saúde; e, por outro lado, abandona ideologicamente a perspectiva assimilacionista, inaugurando os direitos culturais, que não só protegem os direitos dos indígenas à cultura própria, como tornam a cultura indígena parte do patrimônio cultural nacional, o que acaba se constituindo um novo desafio, pois o Estado deve nesse momento conciliar de um lado a universalidade e de outro a particularidade.

Com isso buscamos mostrar que as transformações na natureza da cidadania estão na base ideológica em que se estrutura a política de saúde indígena, pois se funda no objetivo de adaptação de um direito universal para a diversidade cultural. Desafiando dessa forma a continuidade do modelo sobre o qual a FUNAI prestava o serviço de saúde para as populações indígenas.

Após listar as mudanças na natureza da cidadania, coube então demonstrar as transformações que a própria medicina sofre nesse meio tempo; uma mudança teórica com a difusão da medicina social no Brasil, que ganha movimentos sociais e adeptos nos setores estatais, resultando em reformas institucionais. A medicina social extrapola o campo

exclusivamente individual e reforça o papel do Estado na condução de uma política de saúde, assim como reafirma as condições sociais como determinantes da relação saúde/doença. Tornando-se o paradigma dominante do subsistema de saúde. Conseqüentemente, torna-se também parte do paradigma dominante da saúde indígena, principalmente quando o movimento sanitário, que carrega esse paradigma, traça uma proposta em conjunto com os movimentos indígenas e indigenistas, que carregam o paradigma de uma nova política indigenista, estruturando uma proposta que concilia as diretrizes de ambos. Dessa forma, não nasce apenas uma nova coalizão, mas um novo subsistema, pois surge como um novo eixo temático das políticas públicas.

Nesse quadro duas coalizões se formam em torno da ideia de como a política indigenista deve ser executada, se de forma unificada e integrada ou se de forma dividida entre os ministérios respectivos, o que não se configura apenas como uma questão administrativa ou burocrática, mas paradigmática, uma vez que nas respectivas propostas se estruturam um conjunto de ideias que são divergentes a respeito dos aspectos normativos da política indigenista.

No subsistema de saúde indígena, essas coalizões competem para transformar suas crenças em políticas, tendo como pivô num determinado momento a disputa entre FUNAI e FUNASA. Como foi observando nos documentos, a disputa entre a FUNAI e a FUNASA não é apenas uma disputa entre fundações, ou mesmo interministerial, como sugerem os textos a respeito, mas entre coalizões, pois temos diversos atores externos a essas instituições tomando um lado ou outro. Ao longo dos anos posteriores observamos essa discussão sempre retornando em diversas instâncias e fórum, muitas vezes por atores distintos dessas instituições, como senadores, deputados, o MPF, movimentos sociais, entre outros, que em determinado momento até defendem que a centralização da política indigenista não ocorresse na FUNAI, mas em um novo órgão, enquanto a outra coalizão defende que a descentralização ocorra na SESAI. Portanto, trata-se mais de uma disputa em torno de ideias e das alianças informais que se estruturam em torno delas, e menos de uma disputa entre instituições específicas.

No entanto, ainda que a disputa entre as coalizões tenha sido fundamental para as grandes mudanças da política de saúde indígena, por si só não seriam o suficiente para quebrar o *status quo*, como prevê a base teórica adotada, necessitando dos impactos externos e internos. A disputa entre as coalizões e os impactos externos e internos são interdependentes para o

processo das grandes mudanças, pois não basta ter um acontecimento que abre oportunidades de mudança e possibilidades de substituição da coalizão dominante, se não existe uma coalizão minoritária com propostas alternativas; nem basta haver essa coalizão minoritária, se não são abertas oportunidades de quebrar a estabilidade à qual tendem as políticas públicas. Além de Sabatier e Jenkins-Smith afirmarem que sem uma mudança de coalizões e os impactos internos e externos, dificilmente haverá mudanças no Núcleo da Política, apenas mudanças nas crenças secundárias; HALL afirma que dentro das ações autônomas no interior do Estado apenas poderiam ocorrer as mudanças normais, ou seja, o processo incremental de ajustamentos do aprendizado social e não as mudanças de Paradigma. Nesse ponto, esses autores são bastante próximos.

Portanto, respondendo a problemática levantada inicialmente sobre quais foram os fatores que causaram o quadro de instabilidade da política e as grandes mudanças nos momentos identificados, constatamos que:

As transformações de 1991, que inauguram a política de saúde indígena, ocorrem pela emergência de um novo Paradigma que nasce da articulação entre movimentos indígenas e o movimento sanitário, formando uma nova coalizão na política de saúde indígena e na política indigenista, que ocorre em decorrência de um ambiente mais amplo de profundas transformações no país e no sistema de saúde, nos quais os próprios movimentos sociais estão em expansão, ampliando sua capacidade de organização, de mobilizar forças e levantar demandas. Esses movimentos sociais dirigem suas críticas à FUNAI que apresentava um modelo de atenção com diversas falhas, sendo que podemos destacar três ordens de crise da instituição nesse momento:

- crise financeira pela falta de recursos, o que se torna um grande obstáculo à execução de seu modelo de atenção à saúde;

- crise ideológica do modelo, pela incompatibilidade de seu conjunto básico de ideias com o novo modelo de atenção no qual estava caminhando o sistema nacional de saúde pública;

- crise de representatividade, uma vez que os principais movimentos e lideranças indígenas não sentem seus interesses representados por essa instituição; pelo contrário, identificam nela a representação de interesses antagônicos. Por fim, voltam-se contra a mesma, exigindo seu término.

Nesse ambiente de disputa entre as coalizões com diferentes propostas ocorre o impacto externo que atrai atenção e mobiliza opinião pública nacional e internacional, que são as notícias que expõem a situação crítica das terras Yanomamis com a invasão garimpeira, evidenciando as falhas da FUNAI na condução da política indigenista e da saúde indígena. Nesse sentido, a aproximação entre movimentos indígenas e movimentos ambientalistas, apontada por ULLOA, torna-se relevante devido à pressão das organizações ecológicas e instituições financeiras que dirigem suas críticas à política ambiental brasileira na proximidade da ECO 92, enxergando indigenismo e ambientalismo como duas áreas indissociáveis. Esse impacto externo promove a abertura das oportunidades para a substituição das coalizões dominantes, tendo sucesso na disputa a coalizão que defende o novo Paradigma. Essa nova política é o resultado das reformas do subsistema de saúde com a Reforma Sanitária, e do subsistema indigenista com a descentralização da política indigenista.

A próxima mudança identificada ocorre em 1994, com a instauração da Comissão Intersetorial, devido ao acirramento da disputa entre as coalizões que chega a atingir os servidores em campo, criando uma situação aberta de conflito bastante desfavorável, chamando a atenção de diversos órgãos e conferências, que ou se posicionam de um lado ou outro, ou se tornam agentes intermediários buscando uma resolução negociada entre as instituições que estão no centro da disputa.

Desta vez, o impacto que cria a oportunidade de mudança da coalizão dominante não é externo, mas interno, devido à falha da FUNASA de cumprir com a ideia principal do Paradigma: adaptar o universal ao particular. Ao não conseguir adaptar os princípios do SUS à realidade multicultural, levando a atenção à saúde de forma etnocêntrica sem um nível mínimo de capacitação em indigenismo por parte dos profissionais, desconsiderando o particularismo de cada cultura, acaba falhando exatamente no princípio básico em que se estrutura todo o conjunto de ideias que formam a base normativa dessa política pública. Suas diversas carências de recursos acabam apenas agravando esse problema.

Levando a uma nova reconfiguração institucional com a Comissão Intersetorial, em que a saúde indígena é dividida com a FUNAI, cabendo à FUNASA as ações de prevenção, sendo excluída da medicina curativa, ou seja, na área em que ocorre contato mais direto entre os profissionais de saúde e as comunidades indígenas.

A mudança de 1999 ocorre devido ao agravamento da disputa entre as coalizões, em que os quadros das instituições centrais da saúde indígena iniciam uma disputa pela própria sobrevivência institucional, uma vez que ambas percebem seu sucateamento progressivo, visualizando um término no horizonte. Ao mesmo tempo em que a coalizão, que defende a descentralização da política indigenista, após sofrer uma derrota em 1994, encaminha o projeto da Lei Arouca no Congresso, promovendo discussões de alternativas à saúde indígena. Desta forma, a disputa de coalizões sai do âmbito dos órgãos executivos, em que estava centrada, sendo inserida no legislativo.

A própria FUNAI realiza um atendimento insatisfatório devido a sua grave crise financeira. Nessa disputa se destaca um novo e importante ator nesse subsistema que é o MPF, que se posiciona na coalizão que defende a descentralização da política indigenista, demonstrando a ilegalidade do atendimento da saúde indígena pela FUNAI e da divisão das ações de saúde. Ao mesmo tempo em que a FUNASA começa a se adaptar ao Núcleo da Política proposto na CNPSI, ao descentralizar suas ações nos DSEIs. Por fim, é aprovada no senado a Lei Arouca em 1999, que devolve a integralidade da saúde indígena à FUNASA

A última grande mudança identificada, de 2010, com a criação da SESAI, ocorre em decorrência da emergência de uma nova coalizão, que nasce da divisão da coalizão que defende a descentralização da política indigenista, com o mesmo Núcleo de Política básico, porém divergindo a respeito da preferência de que a descentralização ocorra na SESAI e não na FUNASA. Essa coalizão surge da percepção de que o modelo da FUNASA se distanciou excessivamente do Núcleo da Política, principalmente na delimitação do papel relativo ao Estado, ao Mercado e a Sociedade Civil; se, em um primeiro momento, a terceirização e a municipalização foi uma estratégia aceitável de contornar a questão dos recursos humanos, dentro do contexto da Reforma do Estado e sob a condição de que seria uma resolução temporária; a partir de um determinado momento essa estratégia já não é mais aceita pelos atores, nem mesmo pela direção da FUNASA, que busca sem sucesso reverter a situação ao longo de diversas tentativas que mudam regras secundárias. Devido a esse quadro, outro princípio básico do Núcleo da Política não é atingido também, da descentralização do sistema no DSEI. E assim surge a coalizão que defende que apenas uma Secretaria com *status* de Ministério seria capaz de reestruturar o modelo para que seguisse a proposta original do Núcleo da Política.

O impacto externo que possibilita essa mudança é iniciado pela notícia da morte de crianças por desnutrição em Dourados, que se torna um caso emblemático, mobiliza a opinião pública e atrai a atenção do Congresso Nacional, que inicia uma investigação com uma Comissão Externa, que posteriormente se converte em uma CPI e convoca diversos órgãos fiscalizadores como a CGU, o TCU e o MPT a investigar a situação, sendo o principal alvo dessas investigações a FUNASA e seus convênios, apurando um volume excessivo de falhas e ilegalidades nos processos, além do MPT que encontra situações trabalhistas precárias exigindo mudanças no modelo. Esses órgãos não se inserem na disputa entre as coalizões do subsistema, porém promovem o impacto que cria a possibilidade de substituição da coalizão dominante, principalmente com o Acordão do TCU e o TAC do MPT, que exigem mudanças mais substanciais do modelo. Outro impacto tem origem na ingerência do subsistema de saúde no subsistema de saúde indígena, com a divisão da SAES que apesar de não ter sucesso na transferência da atenção à saúde indígena da FUNASA, imbui o debate de um novo impulso, quebra resistências no executivo e atrai a atenção para a necessidade de uma mudança institucional.

Uma vez tomada a decisão em 2008, a transição demora dois anos, não pela falta de consenso sobre a transferência da saúde indígena para a SESAI, ou pela disputa entre as coalizões, mas por impasses administrativos, jurídicos e burocráticos da questão, que ainda impedem os AIS de serem contratados por concurso público; impedem também a transferência das atribuições dos Municípios e de reverter o quadro de recursos humanos. Portanto, a SESAI mantém praticamente a mesma distância que a FUNASA do Núcleo da Política de saúde indígena. Resta saber se desta vez os atores considerarão essa distância aceitável ou não.

Por fim, observando o quadro geral, destacam-se dois pontos: o primeiro é que apesar das coalizões e atores mudarem, as coalizões que defendem a descentralização e a centralização da política indigenista continuam reaparecendo ao longo do espaço de tempo analisado, com novas propostas para traduzirem suas crenças na política. Mesmo quando a questão está aparentemente encerrada, ela ressurge, sendo a última tentativa vinda do Senado, de fundar uma nova Secretaria que uniria FUNAI e SESAI, apenas um ano após a SESAI ser criada; portanto, este debate ainda não se fechou, nem as duas coalizões deixaram de competir.

O segundo ponto é a continuidade de problemas semelhantes, o que se evidencia quando o Grupo de Trabalho de 2008 encontra praticamente os mesmos impasses que o Grupo de



Trabalho de 1999, propondo também essencialmente as mesmas soluções. Quando a política de saúde indígena é instituída em 1991 e reinstituída com a lei Arouca em 1999, não foi acompanhada das mudanças na base institucional, jurídica e administrativa, que pudessem garantir ao menos uma estrutura mínima de uma implantação relativamente mais próxima de sua proposta; mesmo se considerarmos um razoável processo de deliberação interna, que ocorre quando a formulação se defronta com variáveis não previstas e necessita de ajustamentos, fazendo com que a política final seja diferente da política proposta, o que é um processo natural e esperado de toda política pública; a distância que se criou na saúde indígena foi tão grande que ultrapassa o limite aceitável pelos atores do subsistema, sendo que alguns dos elementos centrais do Paradigma foram até mesmo invertidos. Dessa forma, até mesmo alguns dos atores que participaram dos processo de deliberação, que resultou na alternativa adotada, começam a mudar suas posições, opondo-se a ela, principalmente quando percebem que a alternativa provisória que tornava viável a implementação da política de saúde indígena no momento começa a ganhar um caráter definitivo.

Portanto, uma vez que há a continuidade das principais falhas e impasses, e há uma continuidade da disputa entre as coalizões, a tendência de que, acompanhada de um impacto externo futuro, a política de saúde indígena sofra nova reconfiguração institucional com uma nova tentativa de se adequar ao seu Núcleo da Política, ou eventualmente a um novo que possa emergir, com novas reestruturações do modelo; ainda é uma tendência que pode ser considerada, prolongando a instabilidade do subsistema de saúde indígena.

## Documentos:

Acórdão Publicado no D.J.U. EMBARGOS INFRINGENTES EM AC N° 1999.04.01.014944-9/RS, 2005

Câmara dos Deputados. Sessão: 070.3.52.O. Orador: WELINTON FAGUNDES, PL-MT

Câmara dos Deputados . Sessão: 011.5.52.E. Orador: GERALDO RESENDE, PPS-MS. 24/01/2006

Câmara dos Deputados. Sessão: 158.4.53.O. Orador: VITAL DO RÊGO FILHO, PMDB-PB. 2010

Comissão Nacional de Política Indigenista. 15ª Reunião Ordinária da Comissão Nacional de Política Indigenista. Brasília/DF, 16 e 17 de dezembro de 2010.

Ministério da Justiça. 2ª Reunião Extraordinária da Comissão Nacional de Política Indigenista. Paraíba, 13 e 14 de março de 2008.

Ministério da Justiça. 7ª reunião ordinária da Comissão Nacional de Política Indigenista. Brasília, 11 e 12 de dezembro de 2008.

Ministério da Justiça. 11ª Reunião Ordinária da Comissão Nacional de Política Indigenista. Brasília/DF, 09 e 10 de dezembro de 2010

Ministério da Justiça. 15ª Reunião Ordinária da Comissão Nacional de Política Indigenista. Brasília/DF, 16 e 17 de dezembro de 2010.

Ministério Público Federal. Ata da 136ª reunião da 6ª câmara de coordenação e revisão (Comunidades Indígenas e Minorias).

Ministério da Saúde. Apresentação do Grupo de Trabalho Instituído pelas Portarias 3034 e 3035 de 17 Dez/2008. Subgrupo de Trabalho -Autonomia do Distrito, 2009.

Ministério da Saúde. Grupo de Trabalho da Saúde Indígena. Proposta de estrutura organizacional mínima para distritos sanitários especiais indígenas autônomos. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. SESAI. ATA da III Reunião Ordinária do Fórum de presidentes de CONDISIs, 27,28 e 29 de novembro de 2011.

Ministério Público Federal. Ata da 164ª reunião da 6ª câmara de coordenação e revisão

Ministério Público Federal. Procuradoria da República do Amazonas. Ação Civil Pública. 2008.

Ministério Público Federal, Procuradoria da República em Alagoas. Ação civil pública 2001.

Ministério Público Federal. Procuradoria da República em Mato Grosso do Sul. Inquérito Civil Público nº 1.21.000.001078/2007-41.

Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Estado do Paraná. Ação Civil pública. Procedimento nº 1.25.009.000200/2007-32.

Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Estado de Tocantins. Ação Civil Pública. Processos MPF/PR/TO nº 1.36.000.000381/2009-65, 2010.

Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Rio Grande do Sul. Ação Civil Pública. PA nº 1.29.014.000018/2008-44.

Ministério Público Federal. Tutela Coletiva – 5º Ofício. São Paulo, 21 de abril de 2006.

Tribunal de Contas da União. Relatório de auditoria de natureza operacional fundação nacional da saúde-FUNASA (UG 255000), 2007.

FUNASA. Relatório de gestão. 2000- 2012.

FUNASA. Relatório das principais atividades e resultados 1999 a 2002.

FUNASA. Relatório de Gestão do DSEI do Mato Grosso do Sul

Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. Plano Diretor da reforma do Aparelho do Estado.

Fórum em Defesa dos Direitos dos Povos Indígenas. Abril Indígena: Carta da Mobilização Nacional Terra Livre. Brasília, 29 de Abril de 2005.

FUNAI. Conferência Nacional dos Povos Indígenas, em 12 a 19 de abril de 2006, Brasília - D.F. - Documento Final. Brasília: FUNAI/CGDTI, 2006.

FUNASA. Projeto Vigisus II, Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, Componente II-Saúde Indígena, 2004.

FUNASA. 4º Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente-GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: Funasa, 2007.

Mídia:

AGÊNCIA SENADO. Subsistema de saúde para povos indígenas passa na ccj, 11 Novembro 1998.

AGÊNCIA SENADO. Mozarildo quer extinção da FUNAI. 25 Fevereiro 1999.

FERNANDES, Edvaldo. Lideranças indígenas e Funasa rejeitam novo órgão da Saúde. Agência Câmara Notícias, 19 novembro 2008.

MORAES, Paulo Daniel. A saúde merece um tratamento melhor do atual governo. Conselho Indigenista de Roraima, 21 julho 2004.

Rádio Câmara. Seminário discute Políticas Públicas para os Povos Indígenas. 17/09/2003.

SALLES, Simone. Relatório da CGU constata irregularidades em ações assistenciais para os índios. Agência Câmara Notícias. 30 Agosto 2005

### Bibliografia:

ALMEIDA, Celia. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. Rio de Janeiro: Saúde em Debate, v24, n.54, jan./abr.2000.

ALVES, Paulo Cesar e MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; PONTES, Ricardo José Soares; MARTINS, Tomas. A Descentralização no Marco da Reforma Sanitária no Brasil. Rev. Panam Salud Pública vol.8 n.1-2 Washington Jul./Ag. 2000.

ANSELL, Christopher. Network Institutionalism. In: RHODES, R.A.W; BINDER, Sarah A; ROCKMAN, Bert A. (ed.). The Oxford Handbook of Political Institutions. Nova York: Oxford University Press, 2006.

ARAUJO, Ana Valeria et al. Povos Indígenas e a lei dos “brancos”: o direito a diferença. Brasília: MEC/UNESCO, 2006.

ARAUJO JR, Newton. Cimi e procuradora criticam atuação da Funasa com índios. Agência Câmara Notícias, 19 abril 2005.

AROUCA, Antônio Sergio da Silva. O Dilema Preventista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva. Campinas: UNICAMP, 1975.

BOBBIO, Norberto. A Era dos Direitos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos e GRAU, Nuria Cunill (Org). O Público Não-Estatal na Reforma do Estado. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

BUCHILLET, Dominique. Bibliografia Crítica da Saúde Indígena no Brasil (1844-2004). Quito: Abya-Yala, 2007.

CARVALHO, José Murilo. Cidadania no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2010.

CASTRO, Janete Lima e GERMANO, Jose Willington. A Difusão da Medicina Social no Brasil: o Protagonismo de Juan Cesar Garcia e da OPAS. Cronos, Natal-RN, v.11,n.3, jul/ago.

CONFALONIERI, Ulisses E.C. O Sistema Único de Saúde e as Populações Indígenas: Por uma Integração Diferenciada. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 5(4): 441-450, out/dez, 1989.

Diretoria Nacional do CEBES. Editorial. Rio de Janeiro: Saúde em Debate. N. especial, edição especial, 1988.

SCOREL, Sarah. Os Dilemas da Equidade em Saúde: Aspectos Conceituais. [s.n.t]

SCOREL, Sarah. Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ESPRING-ANDERSSON, Gosta. The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton: Princeton University Press, 1990.

ESPRING-ANDERSSON, Gosta. O Futuro do Welfare State na Nova Ordem Mundial. São Paulo: Lua Nova, n.35, 1995

FREEMAN, Leiper J. The Political Process: Executive Bureau-Legislative Committee Relations. Nova York: Random House, 1955.

FLEURY, Sonia. Reforma Sanitária Brasileira: Dilemas entre o Instituinte e o Instituído. Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.3 Rio de Janeiro Maio/Junho 2009.

GARNELO, L. Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período de 1990 a 2004. Porto Velho: Universidade Federal de Rondônia, 2004.

Giovanella, Lígia; Scorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p.1035-1056.

HABERMAS, Jürgen. O Estado-Nação Europeu Frente aos Desafios da Globalização: O Passado e o Futuro da Soberania e da Cidadania. Novos Estudos CEBRAP, n.43, nov.1995

HABERMAS, Jürgen. The Inclusion of the Other: Studies in Political Theory. Cambridge: The MIT Press, 2000.

HACKER, Jacob S. The Wellfare State. RHODES, R.A.W; BINDER, Sarah A; ROCKMAN, Bert A. (ed.). The Oxford Handbook of Political Institutions. Nova York: Oxford University Press, 2006.

HALL, Peter A. The political power of economic ideas: kenesianism across nations. Princeton: Princeton University Press, 1989.

HALL, Peter A. e TAYLOR, Rosemary C.R. Political Science and the three New Institucionalism. Political Studies, 1996.

HAY, Colin. Constructivist Institutionalism. In: RHODES, R.A.W; BINDER, Sarah A; ROCKMAN, Bert A. (ed.). *The Oxford Handbook of Political Institutions*. Nova York: Oxford University Press, 2006.

HECLO, Hugh. Issue network and the executive establishment. In KING, Anthony. *The new American Political System*. Washington D.C: American Enterprise Institute, 1978.

HERMANY, Ricardo. Novos paradigmas da gestão pública local e do direito social: a participação popular como requisito para a regularidade dos atos da administração. In: REIS, Jorge Renato e LEAL, Rogerio Gesta (Orgs.). *Direitos Sociais e Políticas Públicas: desafios contemporâneos*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. *Studying public policy: policy cycles & policy subsystem*. Nova York: Oxford University Press, 2009.

JENKINS-SMITH. Hank C. *Democratic policy and policy analysis*. Belmont: Brooks/Cole Publishing Company, 1990.

JUNQUEIRA, Carmem e PAIVA, Eurenice. La Legislacion Brasileira y Las Poblaciones Indigenas em Brasil. in SSTAVENHAGEN (org.). *Derechos Indigenas y Derechos Humanos em America Latina*. Mexico: El Colegio de Mexico, 1988.

JUNQUEIRA, Carmem. The Brazilian Indian Minority: Ethnocide and Political Consciousness. *Journal of the Anthropological Society of Oxford*, vol. XV, nº 3, Michaelmas, 1984, p. 219-234

LOBATO, Leunara de Vasconcelos Costa. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. *Ciência e Saúde Coletiva*, v14.

MAGALHAES, ED. *O Estado e a saúde indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami*. Brasília: Universidade de Brasília, 2001

MARSHALL, T.H. e BOTTOMORE, Tom. *Citizenship and Social Class*. Londres: Pluto Press, 1992.

MCCOOL, Daniel C. *Public policy theories, models, and concepts: an anthology*. Upper Saddle River: Prentice Hall, 1995.

MIRANDA, Jose Antônio Nunes; HAUTEQUESTT, Antônio Fraga; COSTA Dina Czeresnia. A tuberculose do índio. *Saúde em debate*, N. especial, edição especial-jan.1988

NEGRI FILHO, Armando. A saúde dos povos indígenas- a questão do sistema de saúde-propostas operacionais. *Saúde em debate*, N. especial, edição especial-jan.1988.

NOWLIN, Mathew, C. Theories of the Policy Process: State of the Research and Emerging Trends. *Policy Studies Journal*, vol. 29, n.S1, 2011

PAGLIOSA, Fernando Luiz e DA ROS, Marco Aurelio. O Relatório Flexner: Para Bem e Para Mal. Revista Brasileira de Educação Médica n.32: 492-399, 2008

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008

PUMP, Barry. Beyond Metaphors: New Research on Agendas in the Policy Process. Policy Studies Journal, vol. 29, n.S1, 2011

RIBEIRO, Darcy. Os índios e a civilização. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1970.

SABATIER, Paul. Theories of the policy process. Boulder: Westview Press, 2007.

SABATIER, Paul A. e JENKINS-SMITH, Hank C. Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach. Colorado: Westview Press, 1993

SANDERS, Elizabeth. Historical Institutionalism. In: RHODES, R.A.W; BINDER, Sarah A; ROCKMAN, Bert A. (ed.). The Oxford Handbook of Political Institutions. Nova York: Oxford University Press, 2006

SANTOS, Wanderley Guilherme. Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1979.

SANTOS, Wanderley Guilherme. Ordem Burguesa e Liberalismo Político. São Paulo: Duas Cidades, 1978.

SILVA, Paulo Thadeu. Três Possíveis Sentidos do Artigo 129, V, da Constituição Federal. Ministério público Federal. Revista Internacional de Direito e Cidadania, n. 5, p. 177-179, outubro, 2009.

SILVA, Rosa Helena Dias. Movimentos indígenas no Brasil e a questão educativa. Trabalho apresentado na XXII Reunião Anual da ANPEd, Caxambu, setembro de 1999.

SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4):853-861, abr, 2007.

SPOSITO, Fernanda. As guerras justas na crise do antigo regime português: análise da política indigenista de D. Joao VI. Revista de História, v.161, 2009. 25.

TAYLOR, Charles et al. Multiculturalism. Princeton: Princeton University Press, 1994.

ULLOA, Astrid. La Construcción del Nativo Ecológico. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e História, 2004.

VARGA, Istvan Van Deursen e ADORNO, Rubens Camargo Ferreira. Terceirizando a Indiandade? Sobre a Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, aos “500 anos”. Revista de Direito Sanitário, vol.2, n.1, Março de 2001.

VERANI, C.B.L., A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. Boletim do Museu Paraense Emilio Goeldi, série antropologia, 15(2): 171-192, 1999.