

## Mapeando o surgimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil

*Mapping the emergence of the National Health Care Policy for Indigenous People in Brazil*

 Pollyanna dos Santos  
Universidade Federal de Minas Gerais - Brasil  
Belo Horizonte, Brasil  
pollyseck@gmail.com

 Telma Maria Gonçalves Menicucci  
Universidade Federal de Minas Gerais - Brasil  
Belo Horizonte, Brasil  
tgmenicucci@gmail.com

### RESUMO

Este artigo é um estudo de caso sobre a construção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), em que se reconstitui processos causais e realiza inferências descritivas concernentes à entrada da saúde indígena na agenda governamental como política pública do Estado brasileiro. Os modelos teóricos-analíticos que embasaram este artigo são o Modelo de Múltiplos Fluxos, de John W. Kingdon, e o Modelo do Equilíbrio Pontuado, desenvolvido por James L. True, Bryan D. Jones e Frank R. Baumgartner. A pesquisa que lhe deu origem foi empreendida por meio da análise documental, bibliográfica e de entrevistas. São resultados deste artigo a descrição do processo pelo qual a saúde dos povos indígenas tornou-se uma política pública, a identificação das instituições e dos atores envolvidos, a construção da imagem da política de saúde diferenciada aos povos indígenas bem como as condições políticas, o contexto histórico e o “clima” nacional predominantes. Conclui-se que a constituição da PNASPI é decorrente da participação efetiva dos povos indígenas nos conselhos e conferências de saúde e nas diferentes formas de mobilizações reivindicatórias. Além disso, as mudanças institucionais ora têm sido no sentido de dar concretude à proposta de política diferenciada para os indígenas ora, no sentido oposto, o de promover a integração dos povos ao restante da sociedade brasileira, ignorando a multiculturalidade brasileira.

**Palavras-chaves:** políticas públicas; política de saúde diferenciada; saúde indígena; indígenas brasileiros.

### ABSTRACT

This article is a case study about the construction of the National Health Care Policy for Indigenous Peoples (PNASPI), in which causal processes are reconstituted and descriptive inferences concerning the entry of indigenous health into the government agenda as a public policy of the Brazilian State are made. The theoretical-analytical models that supported this article are the Multiple Streams Framework, by John W. Kingdon, and the Punctuated Equilibrium Theory, developed by James L. True, Bryan D. Jones, and Frank R. Baumgartner. The research that gave rise to it was undertaken through documental, bibliographical, and interviews analysis. The results of this article are the description of the process by which the health of indigenous people became a public policy, the identification of institutions and actors involved, the construction of the image of the differentiated health policy for indigenous people, as well as the political conditions, the historical context, and the prevailing national “climate”. It is concluded that the constitution of the PNASPI results from the effective participation of indigenous people in health councils and conferences and in different forms of demand mobilization. In addition, institutional changes have been both in the sense of making concrete the proposal for a differentiated policy for indigenous people and, in the opposite sense, of promoting the integration of people into the rest of Brazilian society, ignoring Brazilian multiculturalism.

**Keywords:** public policies, differentiated health policy, indigenous health, indigenous Brazilians.

## 1. INTRODUÇÃO

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

Por meio do Modelo de Múltiplos Fluxos, como elaborada por Kingdon (2011), parte-se da concepção de que a formação de agenda e a formulação de políticas públicas inovadoras são resultantes da convergência de três fluxos (de problemas, de soluções e o político), quando se configura uma oportunidade de mudança na agenda, ou seja, um assunto entra em discussão e passa a ser cotado como política pública. Isso ocorre em momentos críticos denominados de janelas de oportunidade. Além disso, o processo político de elaboração de uma política pública envolve disputas a fim de alcançar um consenso sobre a imagem da política, especialmente, quando há uma complexidade de interesses, instituições e atores envolvidos. Esse consenso requer a atuação persuasiva de “defensores de políticas”, que irão atuar para construir a conexão entre problema e alternativas, além de chamar a atenção da elite política que atua no sistema.

Por sua vez, a partir da contribuição do Modelo de Equilíbrio Pontuado, desenvolvido por True, Jones e Baumgartner (2007), o argumento é que o ponto escolhido para questionamento de uma política em curso é crucial para alterar sua inércia. Outro argumento relevante, derivado deste modelo teórico-analítico, é que o estouro das pontuações nas políticas públicas são fruto da interação entre as mobilizações de interesses e as instituições políticas, em seus diversos níveis, mediada pela imagem da política. Além disso, há resistência para que políticas sejam criadas ou alteradas, tanto por modificarem o *status quo* quanto porque representam custos de transação.

Dentre as condições para que uma janela de oportunidade se abra e, assim, uma questão deixe seu subsistema e passe a ser debatida no nível da macropolítica, destacam-se: i) nova composição governamental, no Executivo e/ou no Legislativo; ii) presença de novos participantes no debate da agenda, o que pode ocorrer no âmbito governamental, burocrático ou na opinião pública; iii) alteração do “clima” ou “humor” nacional; iv) mobilização de atores externos à dinâmica política padrão entre Congresso e Presidência para superar interesses estabelecidos e pressionar para que mudanças ocorram; v) ocorrência conjunta de três fatores: mobilização política, avanço na agenda governamental e *feedback* positivos.

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

## 2. METODOLOGIA

A pesquisa que deu origem a este artigo teve caráter qualitativo e foi empreendida por meio da análise documental (legislação pertinente, documentos e relatórios oficiais), análise bibliográfica (pesquisas de antropólogos e especialistas em saúde coletiva foram utilizadas), além da análise de

entrevistas. As entrevistas em profundidade foram realizadas com atores selecionados por suas experiências e seus conhecimentos em relação ao tema, sendo: indígenas, gestores e profissionais da saúde de diferentes Distritos Sanitários Especiais Indígenas, além de funcionários e ex-funcionários da Fundação Nacional do Índio (Funai), da Fundação Nacional da Saúde (Funasa), da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) e do Ministério da Saúde. O período de análise vai de 1910, com a criação do SPI, até 2002, com a conclusão do processo de instituição da PNASPI.

O trabalho de campo foi composto por: i) encontros presenciais para a realização da maior parte das entrevistas; ii) participação presencial e *online*, como espectadora, em audiências públicas no Senado Federal e na Câmara dos Deputados a respeito dos direitos em saúde dos povos indígenas; iii) como observadora participante do Acampamento Terra Livre de 2019 e, também, iv) por meio da visita a Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena e a Casas de Apoio à Saúde do Índio.

Sobre a adequação ético-legal, a pesquisa seguiu a Resolução nº 466/2012 - sobre as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos - e a Resolução nº 304/00 - referente a pesquisas com populações indígenas -, ambas do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, a pesquisa passou pela aprovação ética do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

### **3. RESULTADOS**

#### **3.1 Antecedentes históricos: as primeiras ações de saúde no SPI**

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

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

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

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

Pode-se identificar essa Seção de Estudos como uma “comunidade de especialistas” interna ao órgão indigenista, que propôs uma alternativa para a situação de saúde precária da população-alvo de suas ações, e uma identificação de soluções se esboça. No plano elaborado por Herbert Serpa na Seção de Estudos, a equipe de prestação contínua de saúde seria formada por médicos com especialização em etnologia “a fim de melhor compreenderem os problemas médico-sanitários das sociedades indígenas, além de resolver conflitos possíveis entre doentes e médicos” (Arouca & Lima, 2014, p. 69). É importante considerar que o ineditismo dessa proposta não caracterizava questionamento à medicina ocidental nem contrariava o pensamento racista de considerar os indígenas culturalmente inferiores, como pode ser observado pelas palavras usadas no próprio Plano de Serviço Médico:

A medicina preventiva e curativa que convém aos índios deve ser considerada em geral como uma especialidade. É naturalmente coparticipante da *medicina civilizada*, em todos os processos e técnicas de identificação ou diagnose e da arte da terapêutica, uma vez que o espírito do Serviço Médico do SPI que incide nos conflitos culturais eventuais, nesse campo, tende a firmar-se em favor da *medicina civilizada*, como é natural. (Arouca & Lima, 2014, p. 69, *italico nosso*)

A concepção preponderante da época de que os povos indígenas estavam fadados ao desaparecimento pode indicar por que o SPI realizava apenas ações emergenciais e campanhistas em saúde e por que a proposta de prestar uma assistência diferenciada aos povos indígenas não saiu do campo das ideias do grupo da Seção de Estudos do SPI. Além disso, havia um discurso de assimilação dos povos indígenas à sociedade, pois eles significavam um vestígio de um período antigo, colonial, antagônico à república nascente. Tal argumento era reforçado até mesmo por antropólogos, como Roquete-Pinto, que defendiam a transformação do “índio” em “sertanejo” como uma “evolução espontânea dos grupos indígenas” (Arouca & Lima, 2014, p. 61). Essa mentalidade muito forte na época pode ter dificultado a difusão da ideia da necessidade de ações assistenciais específicas aos povos indígenas e, por conseguinte, ter dificultado a conquista de

recursos para o SPI. Dentre os principais problemas relatados na documentação relativa ao órgão em fins da década de 1940 estão “a falta de material médico e de profissionais qualificados para o exercício da assistência médica” (Arouca & Lima, 2014, p. 75).

### 3.2 Saúde Indígena na Funai: mudanças incrementais

Em 1967, em pleno governo militar, a divulgação de um relatório redigido pelo então procurador Jader de Figueiredo Correia escandalizou o Brasil e o mundo a respeito do genocídio de indígenas (mais de oito mil foram mortos em apenas 10 povos estudados) provocado por latifundiários, políticos e funcionários do SPI durante as décadas de 1940, 1950 e 1960 (Memorial dos Povos Indígenas, 2019). O documento resultante da investigação é conhecido como Relatório Figueiredo e denuncia mais de mil funcionários do SPI, sendo o motivo para a extinção do órgão (Câmara dos Deputados, 2019). Dentre as denúncias do Relatório Figueiredo estão: corrupção, torturas, estupros, caçadas humanas promovidas com metralhadoras e dinamites atiradas de aviões, inoculações propositais de varíola em povoados isolados, doação de açúcar misturado a estricnina, que é um veneno (Ministério Público Federal, 2019). Quatro Comissões Parlamentares de Inquérito foram instauradas devido às denúncias de violações, uma no Senado, em 1955, e três na Câmara dos Deputados, em 1963, 1968 e 1977 (Memorial dos Povos Indígenas, 2019).

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

Sua repercussão foi tão grande, no âmbito interno e externo, que redundou, naquela época, na publicação de um artigo no jornal americano *The New York Times* (...). Então, essa foi a razão da extinção do SPI e da criação da Funai. Ela foi criada nesse contexto de vergonha nacional e internacional, pelas atrocidades praticadas pelo Estado brasileiro contra os índios no período em que o SPI esteve subordinado a essa política do Ministério da Agricultura de integração do índio à sociedade brasileira e de utilização de suas terras como terras agricultáveis. (Câmara dos Deputados, 2019, p. 25)

Em 1967, foi criada a Fundação Nacional do Índio (Funai), vinculada ao Ministério do Interior, para substituir as funções do SPI. Na norma que instituiu a Funai ficou estabelecido que a Fundação seria responsável, dentre outras questões, por “promover a prestação da assistência médico-sanitária aos índios” (Brasil, 1967, art. 1º, inciso IV). Essa prestação era realizada pelas Equipes Volantes de Saúde (EVS), compostas por médicos, dentistas, enfermeiros e laboratoristas (Krenak, 1988). Os serviços de atenção à saúde dos indígenas continuavam sendo realizados de forma esporádica, como demonstra os relatos de três entrevistados. Os dois primeiros trabalharam na assistência à saúde naquele período (décadas de 1970 e 1980, respectivamente) na Funai, e o terceiro trabalhou na Funasa como gestor em um período posterior (década de 1990), mas pôde relatar como era a gestão da saúde na competência da Funai:

Vale salientar que à época em que a saúde indígena permaneceu sob a responsabilidade da Funai, criada em 1967, passou por diversas dificuldades, especialmente a partir da década de 70, devido à grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades, carência de suprimentos e capacidade administrativa e de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto às comunidades culturalmente diferenciadas. (ex-enfermeira da Funai, 2019, p. 6)

(...) fui trabalhar lá (em Roraima) como técnico de enfermagem (da Funai), com os Yanomami, né, em 1980, e fazendo a atenção à saúde, mas sem estrutura e

orientação, né, que não tem hoje. É muito difícil, nós atendíamos *somente casos agudos*, sem planejamento, sem nada, só acidentes com animais peçonhentos, acidentes de fraturas, parturientes, a *vacinação era a básica possível necessária*, não tinha a campanha como tem hoje. (Ayer, 2019, p. 6, itálico e parênteses nossos)

Antes não existia uma equipe na aldeia, antes a equipe era mínima, na época da Funai, era uma *equipe muito pequena*, e era uma *equipe itinerante* quase não tinha essa identidade (com a população indígena), entendeu? (ex-gestor na Funasa 2019, itálico e parênteses nossos)

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

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

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

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

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

De acordo com o indígena Daniel Munduruku (2012), a Igreja Católica passou a ter um novo posicionamento em relação aos indígenas nessa década. Por meio da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), a Igreja Católica foi a primeira entidade a organizar ações contra a política indigenista oficial. Em 1969, ela criou a Operação Anchieta (OPAN), cujo objetivo era enviar

jovens para a “promoção integral das populações marginalizadas, especialmente as indígenas” (Munduruku, 2012, p. 213). A partir da OPAN, foi instituída a Pastoral Indigenista da Igreja Católica, que conduziu uma política indigenista não oficial, contrária à política integracionista realizada pelo governo militar-ditatorial (Munduruku, 2012).

O Conselho Indigenista Missionário (CIMI), também vinculado ao CNBB, desempenha, desde 1972, um papel relevante de articulação, apoio e divulgação das questões referentes aos povos indígenas, inclusive, denunciando violações a seus direitos (Baniwa, 2012). O CIMI promove anualmente, desde 1978, os Encontros Nacionais de Saúde Indígena que contam com a participação de lideranças indígenas e parceiros do movimento indígena ligados a universidades e centros de pesquisa (Conselho Indigenista Missionário [CIMI], 2013). Como resultado desses Encontros, foi elaborado um documento com as diretrizes sobre atenção diferenciada à saúde aprovadas na 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena (1ª CNPSI), em 1986, e a proposição do modelo assistencial baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, aprovado na 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, e na 2ª Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, em 1993 (CIMI, 2013).

Com o apoio do CIMI, as lideranças indígenas organizaram assembleias indígenas entre as diferentes etnias para a discussão de seus problemas (Munduruku, 2012). A quantidade de assembleias realizadas aumentava ano após ano e, conseqüentemente, os diferentes povos passavam a se conhecer melhor, fortalecendo seus laços nas causas comuns (Munduruku, 2012; Museu do Índio, 2019). São exemplos desses encontros a Assembleia Indígena, em 1974; a Semana do Índio, em 1978; a Assembleia de Líderes Indígenas, em 1981, e o Primeiro Encontro Nacional de Povos Indígenas, em 1982 (Pereira, 2014). A partir dessas assembleias, os próprios indígenas criaram a União das Nações Indígenas (UNI), em 1979 (Museu do Índio, 2019). Além da OPAN, do CIMI e da UNI, outras ONGs se formaram nas décadas seguintes, constituindo grupos de pressão a favor das causas indígenas:

Eles (os sanitaristas) vêm desde a 8ª Conferência, onde eles participaram de todo esse processo e foram protagonistas nas conferências de saúde indígena. A primeira conferência (1ª CNPSI) aconteceu, mais especificamente, em 86, no mesmo ano da 8ª (...) pela luta organizada dos povos indígenas em serem atendidos em suas bases. Pelas dificuldades que nós tínhamos em sermos atendidos. Primeiro, você sabe que, antes do SUS, para ser atendido você precisava ter carteira fichada, ter um cartão do INSS. INAMPS na época. Nós não tínhamos. Nós éramos encaminhados pela Funai para as Casas de Misericórdia, para a Cruz Vermelha, onde ali fazia o internamento dos indígenas. Isso na alta complexidade. Na atenção básica, a Funai fazia essa assistência campanhista. Tinha que fazer a campanha de vacina. Fazia uma vez no ano, entrava nas terras indígenas e fazia a assistência clínica, médica, odontológica (...). E as nossas dificuldades eram gritante. Porque não tinha nenhuma estrutura dentro das terras indígenas. Quando morria um indígena, (...) morria à míngua. Morria por doenças preveníveis. Morria por diarreia, por pneumonia, por malária, por doenças simples. Então a necessidade de ter um sistema próprio, que atendesse essas especificidades dentro da aldeia é isso que fortaleceu a nossa luta, baseado na nossa própria necessidade (Pankararu, 2019, p. 12).

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

Na conferência de proteção à saúde aos povos indígenas já se discutia esse modelo (modelo de saúde diferenciado para os povos indígenas), porque nós éramos atendidos de forma muito precária, como se fôssemos indigentes. Não existia uma

política, e as Equipes Volantes da Funai passavam de 6 em 6 meses nas aldeias. Na 8ª conferência nacional de saúde pública, a gente faz proposições para que nós pudéssemos ser vistos diferentes, como nós somos, e ali se trava uma grande batalha. Sérgio Arouca estava presente, médico sanitarista e militante da reforma sanitária do Brasil, e ele nos vê com bastante atenção (Truká, 2019, p. 4).

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

A 8ª CNS foi fundamental para a reformulação da Política Nacional de Saúde, ao aprovar as diretrizes básicas da reforma sanitária brasileira a serem implementadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), além de ser reconhecida como um marco da redemocratização, visto que obteve ampla participação da sociedade civil. A 8ª CNS foi referência nos debates da Assembleia Constituinte sobre o tema, dando origem aos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988. Enquanto que a 1ª CNPSI correspondeu às primeiras discussões em torno do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas, com a participação de representantes de várias nações indígenas, órgãos públicos e organizações da sociedade civil que atuavam em apoio à causa indígena (Krenak, 1988).

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

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

Em 1982, a Organização das Nações Unidas (ONU) criou o Grupo de Trabalho sobre Povos Indígenas, desenvolvendo uma ampla gama de atividades e políticas como parte de sua agenda. Dentre essas atividades, cabe citar a adoção da Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais, em 1989, pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), organismo vinculado à ONU. A Convenção 169 representou um importante conquista para os povos indígenas, visto que reforçou o reconhecimento de suas culturas e estabeleceu, como dever do Estado, a consulta prévia dos povos indígenas nas decisões de políticas e programas que podem afetá-los diretamente (Brasil, 2004). Na década de 1990, a discussão sobre a precariedade das condições sanitárias dos povos indígenas levou a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a instituir a *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas*, que apoiava, dentre outras questões, o direito dos povos originários à autodeterminação e à participação sistemática nas decisões (Sandes et al., 2018). Como



continuidade dos trabalhos da OPAS em prol dos povos indígenas, é importante mencionar que o organismo propôs a incorporação da perspectiva indígena na elaboração de políticas nacionais de saúde, permitindo a integração entre medicina tradicional indígena e medicina científica ocidental (Sandes et al., 2018). Também na década de 1990, na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, mais conhecida como Rio-92 ou Eco-92, as agressões ao meio ambiente assim como as condições precárias de saúde daqueles que viviam nas florestas brasileiras (notadamente os povos indígenas) repercutiram na mídia nacional e internacional (Castellani, 2012). Essa repercussão multiplicou o apoio de organizações não governamentais às causas indígenas, incluindo aquelas envolvidas com as questões ambientais, por entenderem que o modo de vida das populações indígenas contribui com a preservação da natureza (Castellani, 2012). De acordo com a *World Wild Fund for Nature* (WWF) (2014), as áreas naturais que estão protegidas como Unidades de Conservação, juntamente com as Terras Indígenas, constituem os mecanismos de defesa mais importantes para a biodiversidade e para o manejo sustentável dos ecossistemas, formando uma rede viva de segurança também para os seres humanos.

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

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

No fluxo político, a definição da Reforma Sanitária e o contexto de redemocratização criaram condições e uma janela de oportunidade para inovações nas políticas públicas, dentro de um clima nacional favorável à inclusão e à ampliação de direitos. Impulsionam esse processo as mobilizações nacionais e internacionais (promovidas pelas ONGs e pelos organismos governamentais internacionais) e a atuação dos próprios indígenas por meio de campanhas. Apesar de as inovações em relação aos indígenas terem sido consagradas na Constituição de 1988, uma política de saúde diferenciada não foi definida naquele momento, visto que, na área da saúde, os esforços foram centrados na criação de um sistema universal, o qual, formalmente, incluía também os indígenas.

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

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

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988 (CF/88), as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas, bem como seus direitos territoriais e sociais foram reconhecidos. Isso representou uma mudança significativa da imagem nacional sobre os povos indígenas, pois as constituições anteriores (de 1824, de 1891, de 1934, de 1937, de 1945 e a de 1967) não reconheciam as sociedades indígenas como diferenciadas, pelo contrário, guiavam-se por uma lógica integracionista. Ou seja, a ideia presente nelas era de que a pessoa indígena deveria se incorporar à sociedade nacional, eliminando, assim, suas especificidades étnico-culturais (Krenak, 1988). Além disso, a União foi instituída definitivamente como instância privativa para legislar e tratar das questões indígenas, além de que o conceito de “capacidade relativa” dos silvícolas, presente no Código Civil de 1917, juntamente com o “poder de tutela” perderam validade (Instituto Socioambiental, 2019, p. 2). Essas vitórias constitucionais precisariam, porém, ser regulamentadas e consolidadas politicamente. Por essas inovações, a Constituição brasileira é considerada uma das mais avançadas sobre a questão indígena no mundo (Langdon, 1999).

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

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

As condições para a criação do Subsistema de Saúde Indígena levadas pelo fluxo político não foram suficientes, mas uma situação capturou a atenção da opinião pública, no fluxo de problemas, e acrescentou mais um elemento para a abertura da janela de oportunidade. A situação que atraiu atenção nacional e internacional foi o caso Yanomami, em Roraima, em que a ocupação da terra indígena Yanomami pelos projetos do Exército, inicialmente, a exemplo do projeto Calha Norte e, depois por cerca de 40 mil garimpeiros que invadiram o território indígena para a exploração mineral, deixaram como consequências a destruição ambiental, a miséria do povo desta etnia e a introdução de doenças e epidemias na comunidade (Ramos, 1993, como citado em Castellani, 2012).

Manifestações do movimento indígena e a atuação de personalidades reconhecidas internacionalmente ajudaram na publicização do caso. O líder yanomami Davi Kopenawa, que era uma figura conhecida por ter recebido o Prêmio Global 500 por sua luta pelo meio ambiente, bem como a fotógrafa suíça Claudia Andujar, que conviveu com os Yanomami por décadas e divulgou trabalhos artísticos problematizando suas situações sanitárias, conseguiram dar visibilidade internacional para os problemas enfrentados pela etnia (Castellani, 2012; Funai, 2012; Garcez, 2018). Em 1989, um relatório sobre a situação de saúde e sanitária do povo Yanomami foi encaminhado à Secretaria-Geral da ONU (Funai, 2012). Em março do mesmo ano, o caso Yanomami foi um dos mais relatados durante um seminário em Genebra sobre Efeitos do Racismo e Discriminação

Racial sobre as Relações Sociais e Econômicas entre Estados e Povos Indígenas (Funai, 2012). Além disso, o Banco Mundial pressionou economicamente o governo brasileiro, ameaçando-o por meio das medidas de salvaguardas das condições ambientais presentes em contratos que regiam os empréstimos ao Brasil (Garnelo, 2014).

Como consequência da repercussão do caso, o governo Collor (1990 a 1992), por meio do Decreto nº 23/91, transferiu a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde indígena da Funai para o Ministério da Saúde, em 1991. Apesar de essa medida parecer ser a mera transferência burocrática das ações de saúde de um órgão federal (Funai) para outro (Ministério da Saúde), também federal, ela representa, na verdade, uma mudança política significativa. Porque o processo de decisão deixa de estar concentrado no nível do subsistema do órgão indigenista (onde a estabilidade e o incrementalismo são preponderantes) e atinge o nível decisório central da política de saúde pública, abrindo caminho para que mudanças pontuadas, isto é, significativas, possam ocorrer na política de saúde indígena.

Nesse sentido, ressalta-se outra medida do Decreto 23/91 que foi a organização da assistência à saúde dos povos indígenas na forma de “distritos sanitários de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas” (Brasil, 1991, art. 4, pará. 1). O primeiro Distrito Sanitário de Natureza Especial foi na Terra Indígena Yanomami, que se tornou um distrito piloto para a organização dos demais a partir de 1999. Por ambas medidas, o Decreto 23/91 representou a inserção das lutas das minorias étnicas, finalmente, à cena política da universalização da saúde no país.

No governo de Itamar Franco (1992 a 1994), o Decreto 23/91 é substituído pelo Decreto 1.141/94, devolvendo à Funai a responsabilidade sanitária em relação aos indígenas e contrariando as recomendações das 1ª e 2ª CNPSIs. Entretanto, logo em seguida, a Resolução Normativa nº 001/94 manteve a vinculação do Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional da Saúde (Funasa), à saúde dos povos indígenas e instituiu a seguinte divisão de competência: Funai seria responsável pelas ações curativas, e a Funasa, pelas ações de prevenção nas aldeias (Garnelo, 2014). Essa segmentação institucional é explicada pela tensão entre as duas instituições e não é coerente com qualquer racionalidade técnico-sanitária, além de contradizer a integralidade das ações de saúde, princípio norteador da saúde pública do país já naquele período (Garnelo, 2014).

O entrevistado desta pesquisa, Izac Barbosa Axer, que era técnico indigenista da Funai e foi cedido para o Ministério da Saúde para trabalhar na Funasa com a saúde indígena, conta como foi essa transição, destacando o longo período desse processo (de 1991 a 1999) e que, em relação à perda da atribuição da saúde indígena, a Funai foi “totalmente contra” (Axer, 2019, p. 5) pois significava perder poder:

(Perder) o poder? Totalmente contra. Teve até uma campanha, inclusive eu participei desse trabalho. Eu fui chamado no Ministério Público, onde o procurador falou assim: “Não existe ninguém que vai contra um decreto presidencial, vocês estão malucos, vocês querem ser presos? Para com isso, não existe quem revoga um decreto presidencial. Pronto, acabou, vai trabalhar”. Porque estava sendo um trabalho, como eu disse, em dez anos, esse trabalho estava sendo de parceria do Ministério da Saúde com a Funai. A Funai perdeu toda a sua receita financeira que custeava as ações de saúde (Axer, 2019, p. 5).

Em relação às fragilidades da Funasa, Garnelo (2014) destaca que seu modelo centralizado de gestão somado a sua baixa capacidade operacional não a habilitava “a promover a necessária extensão de cobertura às populações aldeadas, que, até então, não contavam com a assistência

do SUS” (p. 129). Além disso, o fato de a Funasa ser fruto da junção de duas instituições (Sucam e Fundação Sesp) pouco sensíveis às características locais e que seguiam um conjunto padronizado de ações na atenção médica, também não a credenciavam como o órgão mais adequado para a atenção à saúde das populações indígenas (Garnelo, 2014). Dessa forma, pode-se inferir que tanto Funai quanto Funasa não correspondiam ao perfil institucional desejável para gerir e executar a política nacional de saúde indígena, que já estava sendo detalhadamente planejada pelas instâncias participativas naquele momento. Além disso, o conflito institucional entre Funai e Funasa deve ter colaborado para que a questão da saúde indígena demorasse para se efetivar como uma política pública.

Em 1999, a Lei Arouca marca a grande conquista dos povos indígenas na política de saúde. Para descrever a articulação política necessária para que o projeto proposto por Sérgio Arouca em 1994, fosse finalmente aprovado, depois de anos, segue o relato detalhado e emocionante de Issô Truká:

(...) e aí a gente começa a fazer uma articulação (...). Na iminência da Marcha Indígena, estava tendo uma audiência no Senado com a Heloísa Helena e a Marina Silva e elas articulam com o presidente do Senado para, no cafezinho do Senado, ele nos atender. E aí se abriu essa oportunidade e ele disse assim: “se vocês ficarem brigando por várias coisas ... primeiro vocês precisam brigar para que se crie o subsistema. Nós já estamos com um projeto aqui no Senado, se vocês toparem eu coloco como pauta de urgência para votar ainda hoje, mas aí vocês precisam me garantir que vão colocar aqui no plenário do senado 500 indígenas”. E eu perguntei: “só 500?”. E isso já eram 3 horas da tarde. E ele disse: “vocês não têm 500 indígenas aqui”. Rapaz, mas a gente saiu muito feliz de lá. Quando abriu a sessão, a gente tava lá com quase mil indígenas (...). Quando foi sancionada a Lei 9836, que é a Lei Arouca, que incluiu o Subsistema, se altera a Lei 8080, capítulo 5 da Lei 8.080, do capítulo 19A ao capítulo 19h. E faz a junção da Saúde indígena e estabelece os critérios de assistência à saúde da população indígena. Isso para gente foi um ganho enorme, mesmo a gente tendo com a Funasa uma assistência precarizada, com uma contratação precarizada, que continuava sendo pelo município. Mas a gente estava avançando (Truká, 2019, p. 14).

### 3.5 PNASPI: Formalização da Política

Instituída, finalmente, em 2002, pela Portaria nº 254, do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) é resultado de toda essa trajetória que se inicia com o Serviço de Proteção ao Índio em 1910. De acordo com o indígena Uwira Xacriabá, de Altamira-Pará, “havia necessidade de dizer qual era a política” (Xacriabá, 2019, p. 10), além de ser necessário regular a referência da atenção básica para a média e alta complexidade. Além disso, Uwira destaca que a PNASPI é o dispositivo legal que cobra do SUS o cumprimento de um de seus princípios, a equidade, visto que o sistema único deve se adequar para atender os indígenas.

Para Carmem Pankararu, indígena de Pernambuco e presidenta do Sindicato dos Profissionais da Saúde Indígena, a PNASPI é responsável por levar a estrutura da Funasa às terras indígenas, além de tornar obrigatória a participação indígena em todo esse processo. Além disso, ela ressalta que é a PNASPI que disciplina sobre os modelos de contratação dos recursos humanos, tanto indígenas quanto não indígenas. Sendo, no caso dos profissionais indígenas, cabe destaque às figuras do Agente Indígena de Saúde e do Agente Indígena de Saneamento. A indígena lembra, também, que está presente na PNASPI a orientação de que deve ser realizada a interlocução entre as práticas milenares, que são as de tradição indígena, e as ocidentais.

#### 4. CONCLUSÃO

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

As condições para que o Subsistema de Saúde Indígena, no âmbito do SUS, pudesse ser, finalmente, concebido partiam do fluxo de problemas, do fluxo de soluções e do fluxo político. Iniciando pelo fluxo de problemas, já era de conhecimento nacional e internacional a situação precária pela qual a população indígena estava submetida, pois havia uma “inexorável marcha dos problemas pressionando o sistema” (Kingdon, 2011, p. 16) desde a colonização e sendo visibilizados, principalmente, nos eventos de grande amplitude, como as Conferências Nacionais de Saúde (destaque para a 8ª CNS e para a 9ª CNS), as Conferências de Saúde Indígena (1ª CNPSI e 2ª CNSPI) e a Rio-92.

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

Em relação ao fluxo político, vários elementos podem ser destacados. Primeiramente, o clima nacional favorável à consolidação do SUS na década de 1990. Nessa década, dispositivos legais sobre a política de saúde nacional foram aprovados, instituições participativas se espalharam pelo território nacional com criação de conselhos municipais e estaduais e a realização de conferências, além disso, o período foi marcado por eventos nacionais e internacionais em que a questão da saúde indígena era colocada em evidência (como exemplos, a Convenção 169 da OIT, projetos da OPAS e a Rio-92). Como segundo elemento, as forças políticas organizadas nas figuras das ONGs indígenas e não indígenas sinalizavam certo consenso na arena política. E, por último, nas mudanças ocorridas dentro das instituições estatais, com destaques a eleição do sanitarista Sérgio Arouca como deputado federal e de outros parlamentares (como Marina Silva), além de gestores relevantes que eram defensores das causas indígenas (como Zilda Arns).

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

De acordo com os entrevistados desta pesquisa (indígenas e não indígenas), a pressão e as coalizões construídas pelo movimento indígena, desde a década de 1970, foram (e são ainda) a

força principal para que a ideia da política de saúde diferenciada não se enfraquecesse. E, antes disso, a resistência dos povos indígenas, que já estavam coletivamente conectados (apesar de ainda não organizados como um movimento social), é a virtude que os sustenta nas lutas por direitos há 521 anos.

A trajetória de construção da política de saúde indígena aponta que o processo de definição do problema da saúde indígena e o processo de identificação de soluções ou alternativas ocorreram de forma simultânea e não independente como o modelo dos fluxos de Kingdon supunha. Ou seja, o problema da especificidade da saúde indígena foi sendo formatado concomitantemente à definição de uma proposta de política pública. E a mudança da política foi se dando em um processo de idas e vindas, de forma incremental, até se constituir em uma mudança mais ampla. Importante salientar que a principal razão da redução drástica e notória dos povos originários, no Brasil, é atribuída às epidemias de doenças infecciosas. As condições de saúde dessa parte da sociedade brasileira remetem às condições gerais de saúde do Brasil do século XIX, ao mesmo tempo que doenças e agravos da atualidade também a atinge. Nesse sentido, compreender como e por que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas tem sido construída é entender sua importância na manutenção da multiculturalidade brasileira e as potencialidades de uma política inovadora.

## REFERÊNCIAS

- Arouca, C., & Lima, N. (2014). Antropologia e Medicina: a saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956). In C. Teixeira, & L. Garnelo. (Org.), *Saúde Indígena em Perspectiva: Explorando suas matrizes históricas e ideológicas* (pp. 59-83). Fiocruz.
- Axer, I. B. (2019, 18 de agosto). Chefe da Divisão de Ações de Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena de Minas Gerais e Espírito Santo. Entrevista concedida a Pollyanna dos Santos e transcrita em arquivos próprios. Governador Valadares.
- Baniwa, G. (2012). A Conquista da Cidadania Indígena e o Fantasma da tutela no Brasil Contemporâneo. In Ramos, A. R. (Org.), *Constituições Nacionais e Povos Indígenas* (pp. 206-228). UFMG.
- Decreto nº 5.051*, de 19 de abril de 2004. Promulga a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT sobre Povos Indígenas e Tribais.
- Decreto nº 23*, de 4 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas.
- Lei nº 5.371*, de 5 de dezembro de 1967. Autoriza a instituição da Fundação Nacional do Índio e dá outras providências.
- Câmara dos Deputados (2019, 25 de abril). *Audiência Pública*. Comissão de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável. Brasília. <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/webcamara/videoArquivo?codSessao=76914>.
- Caser, A. & Sá, D. (2011). O medo do sertão: A malária e a Comissão Rondon (1907-1915). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18(2), 471-498 <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000200010>
- Castellani, M. (2012). Subsistema de Saúde Indígena: Alternativa bioética de respeito às diferenças [Dissertação de mestrado] Universidade de Brasília. Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. <https://cutt.ly/umELS9X>
- Fundação Nacional do Índio (2012, 11 de outubro). Vinte anos de homologação da Terra Indígena Yanomami serão comemorados durante assembleia. *Notícias*. <https://cutt.ly/LmELFpa>
- Garcez, J.P. (2018). *Marcados e as fotografias de Claudia Andujar: o trauma colonial do Brasil e os testemunhos do etnocídio* [Dissertação de Licenciatura] Universidade Federal da Fronteira Sul. Repositório UFFS. <https://cutt.ly/DmELJba>
- Garnelo, L. (2014). O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In Teixeira, C. & Garnelo, L. (Org.), *Saúde Indígena em Perspectiva: Explorando suas matrizes históricas e ideológicas* (pp. 107-142). Fiocruz.
- Instituto Socioambiental (2019). *Direitos constitucionais dos índios*. <https://pib.socioambiental.org/pt/Constitui%C3%A7%C3%A3o>.

- Kingdon, J. (2011). *Agendas, Alternatives, and Public Policies* (2nd ed.). Pearson.
- Krenak, A. (1988). Encontro aponta soluções para a proteção da saúde do índio: Conclusões da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. In *Saúde em Debate* (pp. 60-61). CEBES.
- Langdon, E. (1999). *Saúde e Povos Indígenas: Os desafios na virada do século*. Universidade Federal de Santa Catarina. V Congresso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Biblioteca da Funai. <https://cutt.ly/zmEL8b4>
- Conselho Indigenista Missionário (2013). *A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas*. Disciplinas da USP. <https://cutt.ly/gmEL7Do>
- Memorial dos Povos Indígenas. (2019, 26 de abril). *Exposição: “Respeito ou Repetição? A História que não se quer reviver”*. Brasília.
- Ministério Público Federal (2019). *Relatório Figueiredo*. <https://cutt.ly/QmEL6uu>
- Munduruku, D. (2012). O caráter educativo do movimento indígena brasileiro: Considerações Finais. In D. Munduruku. *O caráter educativo do movimento indígena brasileiro (1970-1990)*. (pp. 209-224). Paulinas.
- Pankararu, C. (2019, 25 de abril). Indígena e presidenta do Sindicato dos Profissionais da Saúde Indígena. Entrevista concedida a Pollyanna dos Santos e transcrita em arquivos próprios. Brasília.
- Pereira, L. (2014). *Política de Saúde para as Populações Indígenas no Brasil: Continuidades e discontinuidades (1986-2013)* [Dissertação de mestrado] Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Biblioteca Digital. <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/3547>
- Sandes, L. F. F., Freitas, D. A., Souza, M. F. N. S., & Leite, K. B. S. (2018). Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: Revisão integrativa da literatura. *Rev. Panam. Salud Publica*. 42, e163 <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.163>
- Silva, J. (1999, 1º de setembro). Aprovado sistema de saúde para os índios: Índios terão novo sistema de saúde. *Jornal do Senado*. 5(934) <https://cutt.ly/BmEZsk6>
- Truká, I. (2019, 23 de abril). Indígena e presidente do Conselho Distrital de Pernambuco. Entrevista concedida a Pollyanna dos Santos e transcrita em arquivos próprios. Brasília.
- True, J., Jones, B., Baumgartner, F. (2007). Punctuated-Equilibrium Theory: explaining stability and change in public policymaking. In P. Sabatier. (Ed.), *Theories of the policy process* (pp. 155-187). Westview Press.
- World Wild Fund for Nature (2014, 14 de novembro). Unidades de conservação e Terras Indígenas na Amazônia: Uma rede de segurança para a biodiversidade e os seres humanos. *WWF* <https://cutt.ly/cmEZggo>
- Xacriabá, U. (2019, 23 de abril). Indígena e presidente do Conselho Distrital do Pará. Entrevista concedida a Pollyanna dos Santos e transcrita em arquivos próprios. Brasília.

---

#### AUTORES

**Pollyanna dos Santos.** Doutoranda em Ciência Política pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestrado em Ciência Política pela Universidade Federal de Minas Gerais.

**Telma Maria Gonçalves Menicucci.** Doutora em Ciências Humanas, Sociologia y política por la Universidade Federal de Minas Gerais. Maestra en Sociologia por la Universidade Federal de Minas Gerais. Docente, investigadora, Bolsa de Productividad del CNPq Nível 2, coordenadora del Publicus (Núcleo de estudos em gestão e políticas públicas/UFMG). Consultora de la CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e del CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

#### Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existe conflicto de interés posible.

#### Financiamiento

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

#### Agradecimientos

N/A

#### Nota

El artículo es producto de la investigación de tesis de maestría de la autora principal.