UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE DIREITO - FADIR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO E JUSTIÇA SOCIAL
NÍVEL MESTRADO

ABEL GABRIEL GONÇALVES JUNIOR

O DIREITO SANITÁRIO NA SOCIEDADE DE RISCO: a política nacional de atenção à saúde dos Povos Indígenas

Rio Grande
2016

ABEL GABRIEL GONÇALVES JUNIOR

O DIREITO SANITÁRIO NA SOCIEDADE DE RISCO: a política nacional de atenção à saúde dos Povos Indígenas

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Direito e Justiça Social da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) para obtenção do Grau de Mestre em Direito e Justiça Social.
Orientadora: Prof.ª. Drª. Raquel Fabiana Lopes Sparemberger.
Linha de pesquisa: Políticas Públicas de Sustentabilidade

Rio Grande
2016

TERMO DE APROVAÇÃO

O DIREITO SANITÁRIO NA SOCIEDADE DE RISCO: a política nacional de atenção à saúde dos Povos Indígenas

Abel Gabriel Gonçalves Junior

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Direito – Mestrado em Direito e Justiça Social da Universidade Federal do Rio Grande – FURG como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Direito e Justiça Social, aprovada pela comissão de avaliação abaixo assinada

Rio Grande – RS, 21 de Novembro de 2016.

Prof.ª. Drª. Raquel Fabiana Lopes Sparemberger

Orientadora

Prof.ª. Drª. Liane Francisca Hüning Pazinato

Avaliadora Interna – FURG

Prof.ª. Drª. Marcia Andrea Bühring

Avaliadora Externa - PUCRS e UCS

Resultado: Aprovada com conceito A.

Aos Povos Indígenas que permanecem vivos com suas organizações sociais, línguas, crenças e tradições, mesmo diante das desigualdades deixadas pela exclusão histórica e das mazelas sanitárias provocadas pela conjuntura epidemiológica. Assim, contrariando todos os discursos assimilacionistas que aguardavam seu total desaparecimento ao longo dos anos.

Aos índios que se transformaram em composição para Renato Russo, aqueles que foram presenteados com espelhos e viram um mundo doente.

AGRADECIMENTOS

À **Universidade Federal do Rio Grande – FURG** e ao **Programa de Pós-Graduação em Direito e Justiça Social – PPGD** pela acolhida, seriedade e compromisso desde do processo seletivo para ingresso até o momento de conclusão.

À minha orientadora e eterna mestre **Profa. Dra. Raquel Fabiana Lopes Sparemberger**, um ser humano generoso que me desafiou e encorajou durante toda essa jornada. Agradeço, sobretudo, pela confiança em autorizar o meu retorno ao Estado do Maranhão, local onde realizei a pesquisa para essa dissertação. Serei sempre grato pelas orientações, que são a principal base de sustento desse trabalho.

Aos professores do programa, especialmente aqueles que tive a oportunidade de conviver e adquirir grandes ensinamentos (**Prof. Dr. Anderson Orestes Cavalcante Lobato, Prof. Dr. Carlos André Sousa Birnfeld, Prof. Dr. José Ricardo Caetano Costa, Profa. Dra. Maria De Fátima Prado Gauterio, Prof. Dr. Renato Duro Dias**). Ainda destaco a **Profa. Dra. Liane Francisca Huning Pazinato** por desempenhar suas funções sempre com muita integridade e comprometimento, posso dizer que a sua Disciplina em **"Direito e Justiça Socioambiental"** foi responsável por uma das experiências mais marcantes durante toda a minha vida acadêmica.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pela bolsa de pesquisa, mesmo que em curto período.

Aos meus familiares e amigos pelas energias positivas, orações, torcida e por acreditarem e incentivarem o meu trabalho. Especialmente, agradeço a minha mãe **Maria dos Anjos Santos Gonçalves**, por ser minha maior referência em ser humano. Por fim, ao **Alberto Jr.** pela ajuda durante todo esse período.

Aos colegas e grandes amigos conquistados durante o mestrado. Tive a oportunidade de transitar entre duas turmas (2014 e 2015), carrego todos nas minhas lembranças e sempre com um sentimento saudoso. Destaco aqueles que foram responsáveis por construções bibliográficas e momentos únicos (**Amanda Brum**,**Bianca Pazzini, Carolina Belasquem**, **Leonardo Canez, Márcia Letícia Gomes**, **Paula Leonardo**, **Rosana Rosa**, **Patrícia Faria e Taiane Rolim**). Que os nossos caminhos sempre estejam iluminados e repletos de reencontros.

Aos amigos conquistados em Rio Grande – RS e no cotidiano da FURG (centro de convivência, hotel de trânsito, restaurante universitário), a vocês **Ana Lourdes, Charles, Renato, Rafael Corrêa e Rasheed** agradeço por terem amenizado as saudades de casa e deixado os meus dias no Sul mais felizes.

Ao servidor **Paulo Grafulha** que nunca mediu esforços em ajudar e atender as minhas solicitações realizadas por e-mail ou pessoal. O seu trabalho fez com que me sentisse mais próximo do programa mesmo eu estando no Maranhão.

Aos Amigos de trabalho, pessoas com quem compartilho a convivência todos os dias e sempre depositaram palavras de incentivo, especialmente aos professores **Anna Christina Sanazário, Anne Harle, Januncio Cavalcante, Karina Toledo, Rosa Tavares**.

A **Coordenação Regional da Funai localizada em Imperatriz – MA** pela contribuição e ajuda durante toda a minha pesquisa. Em especial aso servidores **Daniel Cunha**, **Edilena, Felipe Cavalcante e Zezé Mota.**

Aos **Povos Indígenas,** especialmente aos **Povos Canela** (Ramkokamekra e Apaniekra) pelos ensinamentos e constante luta na busca do direito à saúde.

As Instituições de Ensino Superior (**Faculdade de Imperatriz – DeVry/Facimp e Faculdade de Educação Santa Terezinha – FEST**) pela compreensão e por acreditarem no meu trabalho. Aos meus **alunos**, companheiros da minha jornada acadêmica.

E, por fim, a **Deus** pelas oportunidades, conquistas e fidelidade.

As bactérias e os vírus foram os aliados mais eficazes. Os europeus traziam consigo, como pragas bíblicas, a varíola e o tétano, várias doenças pulmonares, intestinais e venéreas o tracoma, o tifo, a lepra, a febre amarela, as cáries que apodreciam as bocas. A varíola foi a primeira a aparecer. Não seria um castigo sobrenatural aquela epidemia desconhecida e repugnante que aumentava a febre e descompunha as carnes? “Já se foram a mexer em Tlaxcala. Então se difundiu a epidemia: tosse, grãos ardentes, que queimam”, diz uma testemunha indígena, e outro: “Muitos morreram com a pegajosa, compacta, dura doença de grãos”. Os índios morriam como moscas; seus organismos não opunham defesas contra doenças novas. E os que sobreviviam ficavam debilitados e inúteis. O antropólogo brasileiro Darcy Ribeiro calcula que mais da metade da população aborígene da América, Austrália e ilhas oceânicas morreu logo no primeiro contato com os homens brancos.

Eduardo Galeano

RESUMO

A saúde indígena revela um complexo cenário demográfico e epidemiológico, que em suma traduz o processo histórico de exclusão social desses povos. Assim, a presente dissertação tem como objetivo demonstrar qual o tratamento dado ao direito à saúde para os Povos Indígenas na sociedade de risco. Em consequência, emerge como problemática, a efetividade da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a exclusão fática da população indígena brasileira à saúde juridicamente positivada. Nesse sentido, optou-se para o estudo de saúde e risco, como um dos marcos teóricos, pela teoria dos sistemas sociais, em sua natureza luhmanniana. Para tanto, a metodologia principal admitida para a elaboração desse estudo, considera-se decolonial, uma vez que, o trabalho assevera que é preciso liberta-se do modelo assistencial implantado para os povos indígenas, pois esse modelo segue a lógica da produção de serviços, centrado na concepção médico-curativa e na tecnificação da assistência. Dito em outras palavras, a política sanitária indígena segue uma verdade universal, trata-se de uma saúde padronizada e pensada para o não-índio, isto é, combate-se nesse estudo o modelo operacional de "inclusão universal" que significa mais exclusão. Assim, quanto aos procedimentos utilizados, evidencia-se que a pesquisa reúne elementos de composição bibliográfica e documental, ou seja, foi confeccionada por meio de leituras de várias obras com fichamentos que reuniram os elementos chave para a visão defendida no texto. Correspondente ao resultados alcançados, destacam-se: (1) o conceito de saúde é volátil, sofrendo mutações conforme contexto cultural, social, político e econômico, evidenciando a evolução das ideias; (2) o reconhecimento da saúde como um bem individual, coletivo, intercultural e de desenvolvimento, isto é, um direito humano fundamental; (3) na sociedade de risco a proteção sanitária torna-se hipercomplexa; (4) a exclusão do tema saúde dos diplomas constitucionais anteriores a 1988; (5) a saúde como um direito constitucional dos Povos Indígenas; (6) a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas ainda segue os padrões universais de saúde; (7) a interculturalidade como uma alternativa para o reconhecimento, respeito e uso da práticas tradicionais de saúde indígenas; (8) o alarmante cenário dos indicadores de saúde indígena em nível nacional, regional e local. Por fim, espera-se que esse trabalho contribua para o estudo e aperfeiçoamento da política sanitária indígena no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Direito à saúde. Direito sanitário. Interculturalidade. Povos indígenas. Saúde indígena. Sociedade de risco.

ABSTRACT

Indigenous health reveals a complex demographic and epidemiological scenario, which in essence reflects the historic process of social exclusion of these peoples. Thus, the present dissertation aims to demonstrate the treatment given to the right to health for indigenous peoples in society. As a result, emerges as problematic, the effectiveness of National Policy attention to health of indigenous peoples and the exclusion of the indigenous population to brazilian factual health legally positivada. In this sense, we opted for the study of health and risk, as one of the theorists, social systems theory, in its luhmaniana nature. To this end, the main methodology allowed for the preparation of this study, it is considered decolonial, once, the work asserts that it takes breaks free of the care model deployed to indigenous peoples, because this model follows the logic of production of services centred on médico-curativa and design on modern farms. Said in other words, the Indian health policy follows a universal truth, it is a standardized health and designed for the non-Indian, that is, fought in this study the operational model of "universal inclusion" which means more exclusion. Thus, as regards the procedures used, the research brings together elements of bibliographic and documentary composition, i.e. was made through readings of various works with fichamentos that met the key elements for the vision espoused in the text. Corresponding to the results achieved, are: (1) the concept of health is volatile, mutating as cultural context, social, political and economic, demonstrating the evolution of ideas; (2) the recognition of health as a fine individual, collective, intercultural and development, that is, a fundamental human right; (3) the risk society health protection becomes hipercomplexa; (4) the exclusion of the health theme of the constitutional qualifications prior to 1988; (5) health as a constitutional right of the indigenous peoples; (6) the National Policy of attention to the health of indigenous peoples is still the universal standards of health; (7) the interculturality as an alternative to the recognition, respect and use of traditional indigenous health practices; (8) the alarming scenario of indigenous health indicators at national, regional and local level. Finally, it is expected that this work will contribute to the study and improvement of indigenous health policy in Brazil.
Keywords: right to health. Health law. Interculturality. Indigenous peoples. Indigenous health. Risk society.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição das Terras Indígenas no Brasil 48
Figura 2 – Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)..... 73
Figura 3 – Organização do DSEI e Modelo Assistencial..... 74
Figura 4 – Organograma da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)..... 76
Figura 5– Organograma do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena (DSEIs) 77
Figura 6 – Homens Canela Ramkokamekrá em uma corrida de toras 91
Figura 7 – Mapa da Localização da Terra Indígena Canela Aldeia Escalvado (Ramkokamekrá)..... 93
Figura 8 – Mapa da Localização da Terra Indígena Porquinhos Aldeia Porquinhos (Apanyekrá)..... 94
Figura 9 – Vista aérea da AldeiaEscalvado (Ramkokamekrá)..... 95
Figura 10– Vista da Aldeia Porquinhos (Apanyekrá) 95

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) em povos indígenas e população não indígena, Brasil, 2000 a 2011 87

Gráfico 2 – Distribuição percentual das principais causas de mortalidade em indígenas no Brasil (ambos os sexos), segundo a classificação por capítulos da CID-10, Brasil, 2002. 88

Gráfico 3 – Distribuição percentual das principais causas de mortalidade dos Povos Canela (ambos os sexos), segundo a classificação por capítulos da CID-10, Brasil, 2013/2014. 101

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fases do Processo Administrativo das Terras Indígenas Tradicionalmente Ocupadas 49

Quadro 2 – Fases do Processo Administrativo das Reservas Indígenas 49

Quadro 3 – Principais marcos da legislação sobre Saúde Indígena no Brasil ulterior a Constituição Federal de 1988 67

Quadro 4 – Conferências Nacionais de Saúde Indígena, principais objetivos e número de propostas 71

Quadro 5 – Histórico dos Conflitos de Proteção Sanitária Indígena dos Povos Canela (Apanyekrá e Ramkokamekrá)..... 97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- População indígena e distribuição percentual, por localização do domicílio e condição de indígena, segundo as Grandes Regiões – 2010..... 45

Tabela 2 - Proporção da população autodeclarada indígena em relação à população total do Brasil, nos censos 1991, 2000 e 2010 46

Tabela 3 - Taxa de mortalidade infantil indígena, Brasil e Regiões, 2000-2009..... 86

Tabela 4 – Dados Demográficos dos Canela em População Residente 92

Tabela 5 – Principais causas prováveis de mortalidade notificadas para os Povos Canela, ano 2013 e 2014, dados preliminares classificados por capítulos da CID-10 100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CASAI Casa de Saúde Indígena

DASI Departamento de Atenção à Saúde Indígena

DATASUS Departamento de Informática do SUS

DDST Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais

DGESI Departamento de Gestão da Saúde Indígena

DSEI Distrito Sanitário Especial Indígena

EMSI Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena

FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz

FNS Fundo Nacional de Saúde

FUNASA Fundação Nacional de Saúde

INSES Índice de Necessidades Socioeconômicas e Sanitárias

IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOA Lei Orçamentária Anual

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

OPAS Organização Panamericana de Saúde

PPA Plano Plurianual

RI Reservas Indígenas

SASISUS Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS

SESAI Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIAFI Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo

SIASI Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 17
1 O DIREITO SANITÁRIO NA SOCIEDADE DE RISCO 21
1.1 A Saúde como um Bem Jurídico: Individual, Coletivo, Intercultural e de Desenvolvimento 21
1.1.1. Um balaço histórico do conceito de saúde: do mágico ao social 21
1.1.2. O Estado do Bem-Estar Social: a proteção sanitária como política de governo 26
1.1.3. Saúde como direito e direito como saúde 28
1.2. O Direito à Saúde como Direito Humano Fundamental 32
1.3 O Tratamento Jurídico do Risco no Direito à Saúde na Visão Sistêmica Luhmanniana 34
1.3.1 O Risco na sociedade contemporânea 35
1.3.2 Saúde e risco 41
1.3.3 Características sociodemográficas dos Povos Indígenas no Brasil dentro da Sociedade de Risco 44
2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO A SAÚDE INDÍGENA 51
2.1 Desenvolvimento Histórico-constitucional brasileiro do Direito à Saúde ... 52
2.2 O Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988 54
2.2.1. Os Direitos Sociais e princípios constitucionais da saúde 55
2.2.2. O Sistema Único de Saúde 59
2.2.3. A saúde como um direito constitucional dos povos indígenas 62
2.3 A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas 64
2.3.1. Construção da Saúde Indígena: do modelo assistencial à representação política 65
2.3.2. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas 68
2.3.3. Intercuturalidade: a saúde como cultura, a cultura como direito 78
3 INDICADORES NACIONAL DE SAÚDE: A INTERFACE DA SAÚDE INDÍGENA 82
3.1 Reflexões dos Indicadores Nacional de Saúde Indígena: a Carência de Dados Demográficos e Epidemiológicos 82
3.2. Comunidade Indígena Canela no Estado do Maranhão: A (In) Efetividade do Direito e das Políticas De Saúde 89

3.2.1 Caracterização 90
3.2.2 Histórico dos Conflitos de Proteção Sanitária Indígena e o Processo de Acesso à Informação 97
3.2.3 Principais causas prováveis de mortalidade notificadas para os Povos Canela 99
3.3 Desafios da Sociedade Brasileira para a Garantia do Direito à Saúde da População Indígena na Sociedade de Risco 102
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS 105
REFERÊNCIAS 111
ANEXO A – REQUERIMENTO DE ACESSO À INFORMAÇÃO 121
ANEXO B – RESPOSTA AO PEDIDO DE ACESSO À INFORMAÇÃO 127
ANEXO C - TABELA DE CAPÍTULOS DA CID-10 131

INTRODUÇÃO

Falar em direito à saúde, é, antes de qualquer coisa, falar em direito à vida. O maior desafio enfrentado nesse trabalho consiste em demonstrar o direito sanitário na sociedade de risco e, sobretudo, qual o tratamento jurídico que a saúde recebe, especialmente na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Para tanto, optou-se, como um dos marcos teóricos, pela visão sistêmica Luhmanniana dos "sistemas sociais", uma teoria desenvolvida por Niklas Luhmann ainda no século XX, onde a sociedade é observada como um sistema autopoiético. Nesse sentido, o direito sanitário apresenta-se como um subsistema do sistema jurídico.

A complexidade da proteção sanitária é instigadora durante o desenvolvimento de todo o trabalho, contudo, ela sofre uma mutação e ganha novos contornos de hipercomplexidade dentro da sociedade risco que lhe tornam ainda mais enigmática. Todo esse cenário é observado por meio dos Povos Indígenas. Dito em outras palavras, estariam os Povos Indígenas incluídos na proteção sanitária brasileira? Qual o tratamento jurídico que o direito à saúde indígena recebe? O modelo assistencial implantado para esses povos segue a lógica da produção de serviços, centrado na concepção médico-curativa e na tecnificação da assistência ou reconhece e adota práticas tradicionais de prevenção e tratamento? Afinal, seria a interculturalidade uma alternativa?

Assim, a presente dissertação tem como objetivo demonstrar como é tratado o direito à saúde para os Povos Indígenas na sociedade de risco. Em consequência, emerge como problemática, a efetividade da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a exclusão fática da população indígena brasileira à saúde juridicamente positivada.

Para atender o objetivo, a problemática e responder os questionamentos iniciais e outros que se insurgiram durante a pesquisa, optou-se por desenvolver o trabalho em uma estrutura tripartite.

No primeiro capítulo – O Direito Sanitário na Sociedade de Risco – serão enfrentadas, inicialmente uma construção do conceito de saúde, saindo do mágico ao social, isto é, da saúde como ausência de doenças até o seu reconhecimento como um bem jurídico individual, coletivo, intercultural e de desenvolvimento, através de um balanço conceitual histórico-jurídico atrelado às distintas épocas da humanidade. Em sequência, uma análise do direito à saúde como direito humano

fundamental, cuja titularidade agora pertence à própria humanidade (grupo humano). E, em último plano, o estudo do tratamento jurídico do risco no direito à saúde na sociedade contemporânea a partir da visão sistêmica luhmanniana, isto é, questionando-se a exclusão fática da população indígena brasileira à saúde juridicamente positivada.

Para tanto, o primeiro capítulo também analisa a visão estabelecida pela teoria do risco, especialmente, a desenvolvida pelo autor Ulrich Beck (2011) em seu estudo sobre a "Sociedade de Risco: rumo a uma outra modernidade". Por meio da teoria do risco e a proteção sanitária, outros autores também são contemplados no texto, como: Amado (2004), Cruz (2007), De Giorgi (1998), Rocha (2005), Schwartz (2004), Villas Bôas Filho (2006), Dallari; Nunes Júnior (2010).

No segundo capítulo realiza-se um estudo sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, por meio da análise do processo de construção da Saúde Indígena, considerando, ainda, a visão intercultural da saúde como cultura, e a cultura como direito. Para tanto, inicialmente o capítulo irá (re) construir o desenvolvimento histórico-constitucional brasileiro do Direito à Saúde, e, por fim, trabalhar as inovações promovidas pela Constituição Federal de 1988, com ênfase na saúde como um direito constitucional dos povos indígenas.

Nesse capítulo será possível observar no item (2.3.2) a promessa de implantação de uma política sanitária específica baseada no princípio da atenção diferenciada, regulamentada pela Lei n. 9.836/1999 (Lei Arouca). Ainda no segundo capítulo é realizado um levantamento contendo os principais marcos da legislação sobre Saúde Indígena no Brasil ulterior a Constituição Federal de 1988. Bem como, uma tabela contendo todas as Conferências Nacionais de Saúde Indígena, principais objetivos e número de propostas. Tem-se essas conferências como instrumentos de redemocratização da saúde no indígena e não indígena no Brasil.

No terceiro capítulo – Indicadores Nacional de Saúde: A Interface da Saúde Indígena – foi desenvolvido no primeiro momento por meio dos indicadores nacionais de saúde indígena, assim, analisando e demonstrando a carência de dados demográficos e epidemiológicos. Ressalta-se, que serão trabalhados os indicadores demográficos, indicadores socioeconômicos, indicadores de mortalidade, indicadores de morbidade, indicadores de fatores de risco e proteção, indicadores de recursos e indicadores de cobertura.

Em um segundo momento, analisa-se um estudo local sobre os Povos Ramkokamekra/Canela e Apaniekra/Canela no Estado do Maranhão a partir da caracterização desses povos, do histórico dos conflitos de proteção sanitária nas aldeias Escalvado e Porquinhos, bem como através dos dados inéditos fornecidos pelo Ministério da Saúde sobre os indicadores de saúde local. Por fim, será tradado sobre os desafios da sociedade brasileira para a garantia do direito à saúde da população indígena na sociedade de risco.

No que se refere a metodologia admitida para a elaboração desse estudo, considera-se decolonial[1]. Uma vez que, o trabalho assevera que é preciso liberta-se do modelo assistencial implantado para os povos indígenas, pois esse modelo segue a lógica da produção de serviços, centrado na concepção médico-curativa e na tecnificação da assistência. Dito em outras palavras, a política sanitária indígena segue uma verdade universal, trata-se de uma saúde padronizada e pensada para não-índios. Em verdade, combate-se nesse estudo o modelo operacional de "inclusão universal" que significa mais exclusão.

Esse posicionamento traduz a fala de Catherine Walsch (2013, p. 55), quando afirma que a metodologia decolonial "[...] é atacar as condições ontológicas-existenciais e de classificação racial e de gênero; incidir e intervir em, interromper, transgredir, desencaixar e transformá-las de maneira que superem ou desfaçam as categorias identitárias [...]". Portanto, por meio dessa visão é possível estabelecer um elo intercultural na busca pelo reconhecimento e aplicação das práticas tradicionais sanitárias indígenas de prevenção, promoção e tratamento da saúde. Parafraseando Walsh (2013), trata-se de uma nova maneira de ser, estar, pensar, saber, sentir, existir e viver-com.

No tocante aos procedimentos metodológicos adotados, evidencia-se que a pesquisa é essencialmente bibliográfica e documental, isto é, foi confeccionada por meio de leituras de várias obras com fichamentos que reuniram os elementos chave para a visão defendida no texto. Ressalta-se, ainda, o uso de documentos e informações fornecidas pelo Ministério da Saúde, com dados demográficos e

---

[1] O autor Telmo Adams (2015, p. 585) explica que "na literatura sobre a colonialidade do poder, a temática aparece tanto como descolonialidade e descolonial como decolonialidade e decolonial. Walsh justifica que a supressão do "s" é uma opção sua para marcar uma distinção com o significado do "des" em castelhano, que poderia dar a entender um simples "[...] desarmar, des-hacer o revertir de lo colonial. [...]. Con este juego lingüístico, intento poner en evidencia que no existe un estado nulo de la colonialidad, sino posturas, posicionamientos, horizontes y proyectos de resistir, transgredir, inter- venir, in-surgir, crear e incidir" (WALSH, 2013, p. 24-25).

epidemiológicos dos Povos Ramkokamekra/Canela e Apaniekra/Canela referente ao biênio 2013/2014.

A pesquisa ainda conta com um levantamento dos principais estudos sobre saúde indígena desenvolvidos no Brasil ulterior a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, assim destacando-se os trabalhos de: Garnelo (2001), Erthal (2003), Oliveira (2002 e 2005), Souza Lima & Hoffman (2002) Garnelo e Sampaio (2003), Garnelo e col. (2003), Diehl e col. (2003), Marques (2003), Langdon (2004), Mendonça (2005), Bittencourt et al. (2005), Marinho (2006), Langdon e col. (2006), Cardoso et al. (2013), Diehl e Langdon (2007 e 2015).

Todas essas páginas foram escritas a partir do direito à saúde indígena. Ressalta-se, a interdisciplinaridade apresentada ao longo do texto, uma vez que esse estudo reúne várias obras das mais distintas áreas de conhecimento, bem como discute temas que se olhados isoladamente poderem parecer completamente antagônicos. Assim, as propostas apresentadas em cada capítulo são discutidas por meio de uma visão holística que contempla as acepções jurídica, sanitária, social, antropológica, sociológica e filosófica.

Ademais, esse trabalho é fruto de um mestrado realizado no Rio Grande do Sul, porém conta especialmente com um estudo sobre povos indígenas da região nordeste, especificamente com os resultados dos indicadores de saúde indígena nacional e local, como os dados específicos dos Povos Indígenas Canela (Ramkokamekrá e Apanyekrá) localizados no Estado do Maranhão. Dito em outras palavras, a pesquisa foi direcionada no primeiro momento por uma visão empírica, mas ganhou uma roupagem acadêmica com os saberes adquiridos na literatura durante o programa de mestrado e as metodologias adotadas.

Por fim, justifica-se a presente pesquisa pela relevância social e jurídica, pois o tema saúde indígena é uma questão de direito e, sobretudo, de justiça social, logo, deve ser instrumento de constante estudo e aperfeiçoamento pelo Estado. O cenário demográfico e epidemiológico desses povos não é um assunto esgotado, pelo contrário, acredita-se que muito ainda precisa ser feito para a proteção sanitária indígena torna-se real e efetiva. Nesse sentido, cada página é dedicada ao protagonismo sanitário indígena, portanto, espera-se que esse trabalho contribua para o estudo da política sanitária indígena no Brasil.

1 O DIREITO SANITÁRIO NA SOCIEDADE DE RISCO

"[…] os conceitos de saúde e de doença são analisados em sua evolução histórica e em seu relacionamento com o contexto cultural, social, político e econômico, evidenciando a evolução das ideias nessa área da experiência humana. "

Moacyr Jaime Scliar

O Direito Sanitário apresenta-se dentro do sistema jurídico como um subsistema. Trata-se de uma matéria autônoma no seu interior, uma vez que é alicerçado em princípios e parâmetros próprios, com o fito de atingir o seu objetivo maior: "o regramento de atividades públicas e privadas relacionadas à saúde" (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010). Contudo, esse objetivo ganha novos contornos dentro da sociedade de risco, assim, ocasionando várias interfaces dentro do próprio conceito de saúde adotado pelos Estados. Nesse sentido, a questão sanitária interage diretamente com o seu entorno, em outras palavras, torna-se um sistema de alta complexidade.

Essas interfaces serão enfrentadas neste capítulo, inicialmente uma construção do conceito de saúde, saindo do mágico ao social, isto é, da saúde como ausência de doenças até o seu reconhecimento como um bem jurídico individual, coletivo, intercultural e de desenvolvimento, por meio de um balanço conceitual histórico-jurídico atrelado às distintas épocas da humanidade. Em sequência, uma análise do direito à saúde como direito humano fundamental, cuja titularidade agora pertence à própria humanidade (grupo humano). E, em último plano, o estudo do tratamento jurídico do risco no Direito à Saúde na sociedade contemporânea a partir da visão sistêmica luhmanniana, isto é, questionando-se a exclusão fática da população indígena brasileira à saúde juridicamente positivada.

1.1 A Saúde como um Bem Jurídico: Individual, Coletivo, Intercultural e de Desenvolvimento

1.1.1. Um balaço histórico do conceito de saúde: do mágico ao social

A complexidade do conceito de saúde permite a ultrapassagem pelas diversas dimensões e épocas da sociedade, revelando uma necessidade preliminar de um balanço histórico. A busca pela saúde é uma realidade presente desde os

primórdios da humanidade. A existência de curandeiros, xamãs e feiticeiros em sociedades primitivas colaboram com essa afirmação. Todas as pessoas eram imbuídas de um único objetivo: a cura dos males que afetavam os seres humanos. Esse processo curativo era feito por meio de procedimentos “mágicos” (SCLIAR, 1987, p. 11). “Ainda, num plano filosófico e religioso, o interesse pela saúde reflete uma valorização da vida, externada pelo medo da morte característico da humanidade” (SCHWARTZ, 2001, p. 28). Nesse pensamento inicial, extrai-se a ideia de saúde como simples ausência de doenças, isto é, a eliminação dos males que possam comprometer a espécie humana através de métodos não científicos.

Porém, os procedimentos “mágicos” como instrumentos de promoção desse modelo de saúde começavam a desmoronar diante do surgimento dos médicos, e, em consequência, de um início de cientificidade no tratamento da questão sanitária, deu-se por volta de 4.000 a.C., contudo, “os tratamentos das doenças ainda eram feitos a partir de invocações do campo sobrenatural” (SCHWARTZ, 2001, p. 29).

Conforme relatos históricos, o rompimento com a ideia “mágica” deu-se em consequência dos judeus, quando dos procedimentos de circuncisão em seus recém-nascidos, com o fito de evitarem doenças como as sexualmente transmissíveis, porém a vertente religiosa ainda servia de orientação e grande influência. “Nessa sequência de acontecimentos, a Grécia antiga foi a grande fissura na concepção de o que é uma doença. O conhecimento dos gregos eliminou o ranço “mágico” e religioso, mesmo que cultuassem deuses da saúde[2] (SCHWARTZ, 2001, p. 29). Nesse sentido, conforme o brocardo grego, ser possuidor de saúde é *“Mens Sana In Corpore Sano”*.

Ressalta-se que para esses gregos clássicos “o ser humano ideal era uma criatura equilibrada no corpo e na mente, e de proporções definitivamente harmoniosas.” (SCLIAR, 1987, p. 16), isto é, indivíduos possuidores de uma estrutura física compassada. Destaca-se, dentro desse contexto de mudanças, as ideias de Hipócrates[3], um grande nome da medicina grega – uma medicina que afastava a religião do campo das doenças (SCHWARTZ, 2001, p. 30).

---

[2]Na mitologia grega, Asclépius teve duas filhas a quem ensinou a sua arte: Hygeia (de onde deriva “higiene”) e Panacea (deusa da cura). (FONSECA, 2007, p. 31)

[3] Um dos textos de Hipócrates, intitulado A Doença Sagrada, contém a seguinte afirmação: "A doença chamada sagrada não é, em minha opinião, mais divina ou mais sagrada que qualquer outra doença; tem uma causa natural e sua origem supostamente divina reflete a ignorância humana".

Ainda na antiguidade grega, Platão (2000) alarga um pouco mais a ideia de saúde acrescentando-lhe o campo da alma e a necessidade de que ele mantenha relação adequada com o corpo, assim, “o estado de equilíbrio interno do homem e dele com a organização social e a natureza é sinônimo de saúde para a antiguidade grega” (DALLARI, 1992, p. 1).

Igualmente, os romanos seguiram a tradição clássica grega, esmerando-se na busca de uma engenharia sanitária capaz de atender à crescente demanda populacional romana concentrada em grandes cidades (SCHWARTZ, 2001, p. 31). Era visível o caminho científico pelo o qual a questão da saúde estava percorrendo.

Porém, adveio a Idade Média também conhecida como “Idade das Trevas”, com uma participação fundamental da Igreja[4], e distanciou a cientificidade da saúde. “A queda do Império Romano, e a ascensão do regime feudal tiveram profundas e desastrosas consequências na conjuntura da saúde, na prevenção e no tratamento de doenças” (SCLIAR, 1987, p. 20), reproduzindo, assim, um verdadeiro retrocesso no sistema sanitário.

Paralelamente, os monarcas ingleses e franceses da época também tiveram sua participação no processo de regressão da saúde, em grande parte por acreditarem serem representantes divinos (SCHWARTZ, 2001, p. 31). Famoso era o toque real praticado pelos monarcas da França e da Inglaterra, cuja expressão “Eu te toco, Deus te cura” (SCLIAR, 1987, p. 21). Porém, os dias das práticas divinas e o retorno do fantasioso mundo “mágico” da cura estavam cada vez mais enfraquecidos diante das desastrosas epidemias, vide a Peste de Atenas (428 d.C.), Peste de Siracusa (396 d.C.), Peste Antonina (Século II d.C.), Peste do Século III (251 a 266 d.C.), Peste Justiniana (542 d.C.), com destaque para Peste Negra[5] (REZENDE, 2009).

Assim, mais uma vez a ineficiência da mágica foi substituída, nesse momento pela caridade e teve como frutos o surgimento dos primeiros hospitais, que, em

---

[4] A igreja teve grande participação nesse processo. A saúde era uma (des) graça divina. Para os Cristãos, a doença era purificação de algum pecado (castigo divino), e sua cura somente viria se ela fosse merecida. (SCHWARTZ, 2001, p. 31)

[5]Esta foi a maior, a mais trágica epidemia que a história registra, tendo produzido um morticínio sem paralelo. Foi chamada Peste negra pelas manchas escuras que apareciam na pele dos enfermos. Como em outras epidemias, teve início na Ásia Central, espalhando-se por via terrestre e marítima em todas as direções. Em 1334 causou cinco milhões de mortes na Mongólia e no norte da China. Houve grande mortandade na Mesopotâmia e na Síria, cujas estradas estavam de cadáveres dos que fugiam das cidades. No Cairo os mortos eram atirados em valas comuns e em Alexandria os cadáveres ficaram insepultos. Calcula-se em 24 milhões o número de mortos nos países do oriente. (REZENDE, 2009, p. 78)

verdade, eram hospícios ou asilos, que visavam a isolar os doentes mentais do restante da sociedade, em verdade conforme revela Foucault (1974, p. 2), “os objetivos desses estabelecimentos hospitalares em nada visavam à cura de doenças, a sua principal função era retirar do meio social os indivíduos acometidos pelos males epidêmicos”.

Aos poucos, contraditoriamente, coube à própria Igreja o retorno às ideias greco-romanas (SCHWARTZ, 2001 p. 32), isto é, retornar ao caminho da cientificidade como instrumento de condução à saúde. Em sequência, a noção de saúde como ausência de doenças ainda perdurou nas diversas épocas: a) dentro das origens gregas no século XVII (DALLARRI, 1988, p. 58); b) no século XVIII por meio do grande médico francês Xavier Bichat (1771-1802), afirmando que a saúde era o “silêncio dos órgãos” (SCLIAR, 1987, p. 32); c) ainda no século XVIII quando os Estados Unidos, seguindo a bandeira da Revolução Francesa, começa a pensar saúde como um bem acessível a todos (SCLIAR, 1987, p. 46); e d) na sociedade industrial do século XIX, atrelado ao Estado Liberal o início da ideia de saúde curativa, onde o trabalhador deveria ser curado (“consertado”), a fim de que a produção não cesse (SCHWARTZ, 2001, p. 33).

Logo, com a expansão da industrialização da sociedade, surgimento das grandes massas de trabalho e a forte exploração da mão de obra, a doença que antes era reconhecida como uma (des) graça divina, agora é reconhecida como uma ameaça ao bom funcionamento das indústrias. Assim, conforme esclarece Schwartz (2001, p. 33) “a saúde, basicamente, tinha uma concepção liberal: a de repor o indivíduo ao trabalho”. Nesse contexto do século XIX, Dallari (1992, p. 04, grifo nosso) assevera que:

> Entretanto, é apenas a partir da segunda metade do século dezenove que a **higiene se torna um saber social**, que envolve toda a sociedade e faz da saúde pública uma prioridade política. **São desse momento as primeiras tentativas de ligar a saúde à economia**, reforçando a utilidade do investimento em saúde. Por outro lado, inúmeros trabalhos de pesquisa conformes ao paradigma científico vigente revelam claramente a relação direta existente entre a saúde e as condições de vida. Assim, proteger a saúde das camadas mais pobres, modificar-lhes os hábitos de higiene, passa a ser um objetivo nacional, pois simultaneamente se estaria lutando contra a miséria que ameaça à ordem pública. A ideia de prevenção encontra, então, ambiente propício à sua propagação. Inicialmente fomentada por associações, a prevenção se transforma tanto em objetivo político quanto social. Tratava-se de encontrar os sinais precursores da doença para evitá-lá. Nesse sentido, a vacinação e a descoberta de Pasteur, com o posterior isolamento do germe, provoca uma verdadeira

> revolução na prevenção de moléstias, pois proteger contra a infecção permite simplificar a precaução. São criados os Comitês de Vacinação e se verifica que, politicamente, o risco de contrair doenças se sobrepõe ao da própria moléstia, transformando-a de episódio individual em objetivo coletivo, principalmente por meio da disseminação dos meios estatísticos na avaliação da saúde.

Em critica esse momento histórico do direito sanitário apresentado na citação, o autor Alejandro Marcelo Villa (1997, p. 132), leciona que "por razões econômicas o Estado Liberal[6] chamou para si a obrigação de exercer a política sanitária com o objetivo primário de evitar a morte de proletário que, ocorrendo em elevada escala, poderia comprometer a produção e o lucro capitalista". A ideia de saúde, agora incorporada pela cientificidade, ainda é desenvolvida com pano de fundo econômico. "Assim, encontrar-se doente, em verdade, era um martírio para o trabalhador, que fora do labor, via-se impedido de ganhar seu sustento, tornando-se um componente psicológico negativo a seu desfavor" (SCHWARTZ, 2001, p. 34).

O século XX marca, definitivamente, o fim do dilema dos procedimentos "mágicos" versus "cientificidade" atrelada à saúde, bem como o início das transformações sociais, assim, ocasionando um (re)pensar da ideia de saúde "curativa". "Uma nova dimensão de direitos se instaura e a tese "preventiva" da saúde começa a se alastrar com a ideia do *Welfare State*[7] surgido após as grandes guerras "(SCHWARTZ, 2001, p. 34), e, portanto, é nesse momento quando nasce uma visão universal da realidade social sanitária[8].

---

[6]O Estado liberal também é chamado de Estado liberal-burguês, porque surge com as revoluções burguesas do século XVII na Inglaterra e depois nos Estados Unidos e na França. Porém esse modelo de Estado sofreu algumas transformações, isto é, enquanto os primeiros liberais queriam que o governo interferisse o mínimo possível na vida dos cidadãos, o liberalismo moderno passou a acreditar que o governo deveria ser responsável por proporcionar serviços de bem-estar social, como saúde, habitação, aposentadoria e educação, além de gerir a economia ou ao menos regulá-la (HEYWOOD, 2010, p. 39).

[7] Este termo designa as políticas desenvolvidas em resposta ao processo de modernização das sociedades ocidentais, consistindo em intervenções políticas no funcionamento da economia e na distribuição social de oportunidades de vida, que procuram promover a seguridade e a igualdade entre cidadãos, com o objetivo de fomentar integração social das sociedades industriais altamente mobilizadas. Primeiro, os Welfare States consistem em uma resposta às crescentes demandas por seguridade socioeconômica em um contexto de mudança na divisão do trabalho e de enfraquecimento das funções de seguridade das famílias e associações debilitadas pela Revolução Industrial e a crescente diferenciação das sociedades. Segundo, eles representam respostas às crescentes demandas por igualdade socioeconômica surgidas no processo de crescimento dos Estados nacionais e das democracias de massa com a expansão da cidadania. Nesta perspectiva, os Welfare States são um mecanismo de integração que neutraliza as características destrutivas da modernização, e sua essência reside na responsabilidade pela seguridade e pela igualdade, realizada por meio de políticas distributivas. (FREURY; OUVERNEY; 2013, p. 07 e 08)

[8]O sistema da saúde foi, até agora, um sistema especializado no tratamento das doenças. A própria medicina se ocupava quase exclusivamente do tratamento das moléstias. Havia muitas enfermidades

1.1.2. O Estado do Bem-Estar Social: a proteção sanitária como política de governo

Em observação a ordem cronológica da evolução do conceito de saúde paralelo ao surgimento da tese "preventiva"[9], destaca-se que no início do século XX encontra instaurada a proteção sanitária como política de governo. E são hierarquizadas três formas – hoje clássicas – de prevenção de acordo com Dallari, (1992, p. 4, grifo do autor):

> A **primária**, que se preocupa com a eliminação das causas e condições de aparecimento das doenças, agindo sobre o ambiente (segurança nas estradas, saneamento básico, por exemplo) ou sobre o comportamento individual (exercício e dieta, por exemplo); a **secundária** ou prevenção específica, que busca impedir o aparecimento de doença determinada, por meio da vacinação, dos controles de saúde, da despistarem; e a **terciária**, que visa limitar a prevalência de incapacidades crônicas ou de recidivas

A partir dessa política sanitária com formas de prevenção hierarquizadas, o Estado do Bem-Estar Social da segunda metade do século XX reforça a lógica econômica, especialmente em decorrência da evidente interdependência entre as condições de saúde e de trabalho, e se responsabiliza pela implementação da prevenção sanitária (DALLARI, 1992, p. 4). Eis que surgem os sistemas de previdência social, com dois objetivos básicos de proteção social[10]: criação da

---

e uma única saúde, afirmava Luhmann. O saber médico intervinha após ocorrido o risco da doença. A medicina curava ou não curava, enquanto seus conhecimentos especializavam em relação ao saber ou ao não-saber da doença. Sistemas de seguros monitorizavam o risco da doença. A universalização dos sistemas de seguros tendia a reduzir os perigos das doenças e a incrementar os riscos. Os riscos da doença eram, assim, transferidos diretamente ao sistema político, à economia e ao direito. A saúde era uma condição que existia ou não existia. No âmbito da doença, formavam-se duas grandes distinções: doenças de contágio (de infecção), largamente difundidas nos países em que as condições ambientais, de trabalho, de vida e de sobrevivência tornavam-se incontroláveis e doenças da civilização, mais difundidas nos países em que as condições de vida eram melhores e nos quais os sistemas sociais operavam com base na inclusão generalizada de todos. A diferença na tipologia das doenças correspondia à diferença usada para representar o mundo, distinguindo entre mundo desenvolvido e mundo em vias de desenvolvimento, conforme se afirmava em uma perversa sofisticação semântica. (DE GIORGI, 2008, p. 48).

[9] A prevenção complexifica o tema incorporado ao mesmo uma situação antecipada no sentido de evitar a ocorrência da doença através de serviços básicos garantidores da salubridade pública. Percebe-se, então, que a saúde não se restringe mais à busca individual e passa a ter uma feição coletiva na medida em que a saúde pública passa a ser apropriada pelas coletividades como direto social, como direito coletivo, bem como alarga-se o seu conteúdo. Tem-se a prevenção da doença". (MORAIS, 1997, p. 188)

[10] O surgimento da necessidade de algum tipo de proteção social, legal ou assistencial, para regular as condições de trabalho e minorar os sofrimentos decorrentes da situação de miséria, isto é, a emergência da pobreza como problema social está associada ao fenômeno da industrialização e ao consequente rompimento das relações tradicionais do feudalismo. Instaura-se, nesse momento, a necessidade de desenvolver tanto formas compensatórias de integração e coesão social quanto

política de assistência social (destinadas aos mais pobres mediante o princípio da solidariedade e com financiamento dos fundos públicos) e a previdência social (destinadas aos trabalhadores como medida assecuratória).

Leciona Schwartz (2001, p. 34), que a saúde deveria não ser mais apenas um "poder comprar a cura", mas sim direito de que "todos tenham acesso à cura", uma verdadeira proteção social. Logo, se esclarece o conceito de seguridade social, que engloba os subsistemas de assistência, previdência e saúde pública. "Trata-se, portanto, de identificar a responsabilidade a *priori* do Estado do Bem-Estar Social" (DALLARI, 1992, p. 5). Assim, ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania e responsabilidade do Estado, pois "a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos" (FREURY; OUVERNEY; 2013, p. 1).

Porém, os últimos anos do século XX, revelam uma nova concepção da saúde pública, fortemente influenciada seja pelo relativo "fracasso das políticas estatais de prevenção", que não conseguiram superar os limites impostos pela exclusão social, seja pela "constatação – agora científica – da importância decisiva de comportamentos individuais no estado de saúde" (DALLARI, 1992, p. 5). Novamente, a análise econômica de custo/benefício, a Dallari (1992, p. 5, grifo nosso), apresenta-se como elemento decisivo na gestão da política sanitária.

> De fato, o que se verifica, então, é que as estruturas estatais de prevenção sanitária passam a estabelecer suas prioridades, não mais em virtude dos dados epidemiológicos, mas, principalmente, em decorrência da análise econômica de custo/benefício. E isso, por vezes, acaba implicando a **ausência de prevenção**, elemento historicamente essencial ao conceito de saúde pública.

Tem-se, portanto, que o conceito de saúde perpassou por várias hipóteses, basicamente a tese "curativa" (curar doenças) e a tese "preventiva" (mediante serviços básicos de atividade sanitária) (SCHWARTZ, 2001, p. 35). Como ponto comum, ambas as teses ainda posicionam a saúde como "ausência de doenças". Nesse sentido, aponta os autores (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 7) que "parece evidente, entretanto, que a ausência de doença, embora expresse um fator

---

mecanismos e instrumentos de reprodução eficaz da força de trabalho necessária à expansão da produção capitalista. (SCHWARTZ, 2001, p. 31)

importante do estado de saúde, não esgota, pois, diversos outros aspectos devem ser considerados, como, por exemplo, o bem-estar psíquico do indivíduo".

Portanto, embora esse conceito – saúde curativa ou preventiva como ausência de doença – apresente-se como insuficiente, Dallari e Nunes Júnior, (2010, p. 7, grifo nosso), ressaltam-se que:

> **A insuficiência do conceito, contudo, não lhe subtrai a importância**, pois, se de um lado, padece da falta de amplitude, de outro, apresenta a virtude da precisão, o que serve, ao menos, para exprimir um núcleo claro e preciso dentro de um conteúdo mais abrangente. Em outras palavras, como sempre haverá algum espaço de indeterminação, estremar-se conteúdos de mais clareza e determinação constitui instrumento hermenêutico dos mais relevantes.

Diante dessa insuficiência, o conceito de saúde ganha uma roupagem mais alargada, assim, inaugurando uma nova dimensão – saúde como direito e direito como saúde – isto é, evidencia-se agora um viés humanístico e universal nunca visto antes dentro da estrutura sanitária, é o reconhecimento do direito à saúde para todos os povos.

1.1.3. Saúde como direito e direito como saúde

Responsável por essa forte mudança de paradigmas, o conceito de saúde apresentado pela Organização Mundial de Saúde – OMS surge como um grande marco nas estruturas do direito sanitário. Esse movimento tem sua origem com o fim da "II Guerra Mundial" em meados do século XX. A saúde passou, então, a ser objeto da OMS, que a considerou o primeiro princípio básico para a "felicidade, as relações harmoniosas e a segurança de todos os povos"[11]. No preâmbulo[12] de sua

---

[11]Constituição da Organização Mundial de Saúde, adotada pela Conferência Internacional da Saúde, realizada em New York de 19 a 22 de julho de 1946.

[12] PREÂMBULO DA CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

Os Estados Membros desta Constituição declaram, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, que os seguintes princípios são basilares para a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança: A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados. Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos. O desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum. O desenvolvimento saudável da criança é de importância basilar; a aptidão para viver

Constituição, assinada em 26 de julho de 1946, é apresentado o conceito de saúde adotado: **"a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade"**. Porém, diversos foram os questionamentos e considerações realizados pelos pesquisadores sobre essa nova dimensão conceitual da saúde.

Para Dallari (1992, p. 6) "O conceito de saúde acordado em 1946 não teve fácil aceitação. Diz-se que corresponde à definição de felicidade, que tal estado de completo bem-estar é impossível de alcançar-se e que, além disso, não é operacional", porém, "a contribuição conceitual trazida pela OMS é inegável, servindo de referência a operacionalização de diversas leis em matéria sanitária" (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 10).

Nesse sentido, Schwartz (2001, p. 35) assevera que a OMS, em seu conceito, alargou o conceito de saúde, que anteriormente estava resignado aos aspectos "curativos" e "preventivos". Para o autor, esse alargamento "adentra na chamada "promoção" da saúde ao propor que a saúde não é apenas ausência de doenças, mas um completo bem-estar, seja físico, mental ou social".

Esse alargamento indicado pelo autor Schwartz (2001), também é objeto de questionamentos do autor Scliar (1997, p. 37), despertando, inclusive, uma preocupação nos limites de intervenção estatal na vida dos cidadãos com o respaldo de promoção da saúde:

> A amplitude do conceito da OMS (visível também no conceito canadense) acarretou críticas, algumas de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde), outras de natureza política, libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde.

O autor Fritjof Capra (1992, p. 64), encara essa amplitude conceitual demonstrando que "la definición de la OMS es poco realista, al describir la salud como un estado de completo bienestar y no como un proceso en continuo cambio y

---

harmoniosamente num meio variável é essencial a tal desenvolvimento. A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde. Uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos. Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas. Aceitando estes princípios com o fim de cooperar entre si e com os outros para promover e proteger a saúde de todos os povos, as partes contratantes concordam com a presente Constituição e estabelecem a Organização Mundial da Saúde como um organismo especializado, nos termos do artigo 57 da Carta das Nações Unidas. (Tradução livre).

evolución", assim, argumenta ainda que "Osí sugiere la naturaleza holística de la salud, que es preciso tener en cuenta *para entender el fenómeno de la curación"*. Logo, essa definição sugere a natureza holística da saúde para compreender o fenômeno da cura.

Os autores Sonia Fleury e Assis Mafort Ouverney (2013, p. 18), otimistas, chegam a afirmar que pertence a OMS:

> Conceito mais difundido de política de saúde, e internacionalmente adotado, enfatiza seu caráter de estratégia oficial organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população

Os autores ainda destacam a ação estatal no combate as epidemias. Essas variadas reflexões dos pesquisadores, realizadas sobre a nova dimensão conceitual apresentada pela OMS, parecem evidenciar que, "embora se reconheça sua difícil operacionalização, qualquer enunciado do conceito de saúde que ignore a necessidade do equilíbrio interno do homem e desse com o ambiente, o deformará irremediavelmente" (DALLARI, 1992, p. 6). Nessa esteira de pensamento, é necessário analisar os aspectos decorrentes da abrangência do campo da saúde, Scliar (2007, p. 37) com base na saúde canadense elege os seguintes pontos:

> **1. a biologia humana**, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
> **2. o meio ambiente**, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;
> **3. o estilo de vida**, do qual resultam decisões que afetam a saúde: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
> **4. a organização da assistência à saúde**. A assistência medica os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, esse é apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante; às vezes, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos. É melhor evitar o fumo do que submeter-se a radiografias de pulmão todos os anos. É claro que essas coisas não são excludentes, mas a escassez de recursos na área da saúde obriga, muitas vezes, a selecionar prioridades.

É inevitável o direcionamento conclusivo que esses aspectos apresentam. A abrangência do campo da saúde conseguiu (re) moldar o seu conceito inicialmente insuficiente. Na lição Dallari e Nunes Junior (2010, p. 10, grifo nosso) as formulações incorporadas pela Constituição da Organização Mundial de Saúde:

> [...] consubstanciam inegável evolução na abordagem do tema, talvez apresentem como virtude maior identificação da **saúde como um bem jurídico** que apresenta três diferentes dimensões: uma **individual**, outra **coletiva** e outra ainda em **desenvolvimento**, assim pensando não só com base nas presentes, mas também nas futuras gerações.

Assim, a saúde insere-se como um bem jurídico individual, coletivo e de desenvolvimento, isto é, saúde como direito e direito como saúde. Porém, ressalta-se que os conceitos de saúde e de doença não representam a mesma coisa para todos os povos, pois, de acordo com Scliar (2007), dependem da época, do lugar, da conjuntura social, econômica, política e cultural, assim, as práticas comportamentais (modo de vida) desses povos são decisivas no alcance de um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Portanto, destaca-se a importância de incorporar a dimensão intercultural junto à construção desse bem jurídico.

Essa mesma visão Capra (1992, p. 64, grifo nosso) defende que,

> La salud y el fenómeno de la curación han tenido diferentes significados en distintas épocas. El concepto de salud, como el concepto de vida, no puede ser definido con precisión: de hecho, ambos conceptos van íntimamente vinculados entre sí. El significado de la salud depende de la visión que se tenga de un organismo viviente y de la relación de éste con su entorno. Como este concepto varía de una civilización a otra y de una época a otra, también cambia el concepto de salud. **Para nuestra transformación cultural se necesitará un concepto de salud mucho más amplio que incluya sus dimensiones individuales, sociales y ecológicas, y que tenga una visión integral de los organismos vivientes y, por consiguiente, una visión integral**: temas de la salud.

Nesse viés, propõem-se no decorrer dos capítulos e sessões a (re) construção do conceito de saúde a partir da ideia de Estado Plurinacional fruto de umnovo movimento, o chamado Constitucionalismo Democrático Latino-americano - um movimento pluralista –, que tem o fito de reconhecer e legitimar, constitucionalmente, o direito à diversidade cultural e à identidade dos povos historicamente excluídos – Povos Indígenas. Logo, no contexto dessa dissertação, busca-se estudar um modo de inclusão desses gruposnas discussões do Direito Sanitário, bem como analisara política nacional de atenção àsaúde (indígena) dentro da sociedade pós-moderna (sociedade de risco). Para isso, destaca-se a necessidade de uma análise a partir da teoria luhmanniana dos sistemas sociais.

1.2. O Direito à Saúde como Direito Humano Fundamental[13]

O Direito à Saúde é universal, ou seja, sua razão de existir faz com que seja destinado ao ser humano enquanto gênero, qualquer restrição a um grupo, categoria, classe ou estamento de pessoas é com ele incompatível.

Vidal Serrano Nunes Junior e Sueli Gandolfi Dallari

A globalização das relações civilizacionais ocasiona interferências junto ao conceito de saúde que os Estados contemporâneos adotam. Na lição de Dallari e Nunes Junior (2010, p. 17), "esse processo de internacionalização da vida social acrescentou mais uma dificuldade à consecução do instável equilíbrio entre liberdade e igualdade, indispensável à conceituação de saúde". O "sujeito de direitos" sai da titularidade individual para a titularidade coletiva, em verdade, conforme essa visão, agora a própria humanidade (grupo humano) é a detentora do direito à saúde, respectivamente, o Estado possui o caráter obrigacional da prestação sanitária.

O reconhecimento de direitos que pertencem a toda a humanidade, agrega aos direitos humanos um caráter internacional. Historicamente, essa visão foi estabelecida em virtude das consequências deixadas pela segunda guerra mundial, culminando na criação da Organização das Nações Unidas – ONU na conferência de São Francisco, em 1945. Nesse sentindo, competiu a ONU a função de elaborar documentos esclarecendo as questões sobre os direitos humanos, para os autores Dallari e Nunes Junior (2010, p. 18), esse documento "deveria expressar claramente sobre todos os direitos humanos, inclusive os direitos econômicos, sociais e culturais, e que se deveria criar uma Comissão de direitos humanos".

Pois bem, no dia 10 de dezembro de 1948, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou e proclamou um dos seus documentos mais importantes, a Declaração Universal dos Direitos Humanos. A saúde é indiretamente reconhecida como direito, nos termos do artigo XXV:

---

[13]Os direitos fundamentais podem ser conceituados como aquelas posições jurídicas concernentes às pessoas, que, do ponto de vista do direito constitucional positivo, foram, por seu conteúdo e importância (fundamentalidade material), integradas ao texto da Constituição e, portanto, retiradas da esfera de disponibilidade dos poderes constituídos (fundamentalidade formal), bem como as que, pelo seu objeto e significado, possam lhes ser equiparados, tendo, ou não, assento na Constituição formal. (SARLET, 2001, p. 11, grifo nosso)

> Artigo XXV. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, **saúde** e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Outros documentos surgiram, onde a saúde foi inserida com mais precisão, como o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que foi adotado pela XXI Sessão da Assembleia-Geral das Nações Unidas, em 19 de dezembro de 1966 e entrou em vigor, para o Brasil, em 24 de abril de 1992 através do decreto n. 591.

> ARTIGO 12
> 1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.
> 2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:
> a) A diminuição da mortinatalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento é das crianças;
> b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
> c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
> d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade. (BRASIL, 1992).

Em ambos os documentos internacionais relativos aos direitos humanos, o conceito de saúde adotado é extremamente amplo, “abrangendo desde a típica face individual do direito subjetivo à assistência médica em caso de doença, até a constatação da necessidade do direito do Estado ao desenvolvimento, personificada no direito a um nível de vida a adequado à manutenção da dignidade humana” (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010, p. 17). Portanto, evidencia-se uma incorporação do direito à saúde como direito humano fundamental.

Em suma, o direito à saúde é direito fundamental e social do homem, a saúde é direito público subjetivo oponível contra o Estado, ela proporciona a criação de um vínculo gerador de obrigações entre o Estado-devedor e o cidadão-credor, é possível requerer esse direito pela via administrativa ou até mesmo por meio da judicialização, e, por fim, “o importante é que a saúde seja efetivada, independente dos procedimentos e políticas públicas que serão adotadas, pois a saúde é a forma essencial de preservação da vida” (SCHWARTZ, 2001, p. 87).

1.3 O Tratamento Jurídico do Risco no Direito à Saúde na Visão Sistêmica Luhmanniana

"hay numerosos puntos de apoyo para decir que la sociedad moderna percibe que hecho su futuro em la forma de riesgo presente"

Niklas Luhmann

Para a abordagem do tratamento jurídico do risco no direito à saúde é necessário o resgate da relação entre o próprio sistema social e a saúde. Nesse sentido, Schwartz (2004, p. 23) assevera que "pensar a saúde sob o prisma jurídico é reconhecer uma dupla complexidade: da saúde em si e de sua relação com o direito". Esse raciocínio rapidamente chega à conclusão de que a mera positivação do direito à saúde em vários diplomas legais não a torna realidade devidamente tutelada, logo, Schwartz (2004, p. 23) provoca o seguinte argumento:

> Nesse sentido, evidencia-se que a saúde, como elemento integrante do sistema social, assume a categoria de subsistema a partir do momento em que, necessitando de regulamentação e de proteção, reproduz-se e se relaciona com os demais sistemas sociais. Logo, a relação da saúde com o Direito decorre da interação entre os preceitos e os valores sociais, de tal sorte que o caráter normativo-jurídico destinado à matéria se apresenta como o resultado da comunicação entre o sistema sanitário e o sistema jurídico

Assim, para embasar teoricamente a construção do tratamento jurídico do risco no direito à saúde, destaca-se a necessidade de uma análise a partir da teoria luhmanniana dos sistemas sociais, onde o direito sanitário apresenta-se como subsistema do sistema jurídico. Em complemento e de forma inevitável, essa análise também carece da visão estabelecida pela teoria do risco, especialmente, a desenvolvida pelo autor Ulrich Beck (2011) em seu estudo sobre a **"Sociedade de Risco: rumo a uma outra modernidade"**.

Ressalta-se, que a teoria dos sistemas sociais criada por Niklas Luhmann[14] também é objeto de estudos de vários autores quando da análise do direito à saúde

[14] Nascido em 1927 em Lüneburg, Niklas Luhmann produziu, a partir de meados dos anos 60 até à sua morte, em 1998, uma obra que, pela sua dimensão, pluralidade temática e, sobretudo, colossal ambição teórica, se tornou uma referência incontornável muito para além das fronteiras acadêmicas habituais da sociologia. O intuito do sociólogo de Bielefeld, cidade onde viveu boa parte da sua vida e em cuja Universidade se desenrolou quase toda a sua carreira acadêmica (mais precisamente, de 1968 até à jubilação, em 1993), não se limitou à elaboração de uma teoria social capaz de tornar visíveis, caracterizar e explicar os aspectos centrais da sociedade moderna e da cultura da modernidade. A sua ambição vai ainda mais longe, na medida em que inclui a tentativa de renovar

comoum subsistema e suas complexidades (AMADO, 2004; CRUZ, 2007; DE GIORGI, 1998; ROCHA, 2005; SCHWARTZ, 2004; VILLAS BÔAS FILHO 2006), ambos concordam com a visão sistêmica do direito e da sociedade de Niklas Luhmann, justificando que tal teoria possibilita um estudo interdisciplinar da saúde, isto é, proporciona uma maior profundidade a partir da comunicação entre os sistemas sociais. Para Schwartz (2004, p. 23) "isso significa que não se pretende ligar a evolução-complexibilidade do Direito à saúde a um processo histórico-cultural, mas sim ao aumento de complexibilidade do tecido social".

Em outras palavras, Schwartz (2004, p. 23, grifo nosso):

> Pretende-se, com isso, superar a racionalidade social weberiana, em que o Direito está ligado à noção tradicional de Estado (povo, território e governo soberano), por se verificar que essa visão normativista-estatal resta desconectada das características incertas da sociedade de risco. Dito de outro modo: **só é possível entender a positividade do Direito à saúde a partir da descrição de sua relação com a sociedade.**

Assim, contextualizando conforme o cenário da proposta desse estudo questiona-se no Estado brasileiro: a) o arcabouço robusto de legislação sanitária; b) a exclusão fática de sua população indígena à saúde juridicamente positivada; e c) a operação dos sistemas sociais da sociedade moderna com base na inclusão universal. Ressalta-se, o posicionamento do autor De Giorgi (1998, p. 155) quando alerta que esse modelo operacional de "inclusão universal" significa mais exclusão, e, "na exclusão reforçam-se as ilegalidades, as diferenças, produz-se a marginalidade gera-se não-conformidade do agir com base na conformidade do agir".

1.3.1 O Risco na sociedade contemporânea

Retomando a teoria dos sistemas sociais em Luhmann (2005, p. 44), salienta-se que "os sistemas intervêm entre a complexidade extrema, indefinida, do mundo e o estreito potencial de sentido década vivência e ação concreta. Eles são o meio da ilustração", assim, compreende-se o direito dentro da teoria sistêmica como "um

---

em profundidade as categorias do modo ocidental de pensar o homem e a sociedade, a que a tradição chamou "filosofia prática", ou mesmo as categorias do pensar enquanto tal, que seriam igualmente as do ser, e que a tradição tematizou sob o nome de ontologia ou metafísica. (SANTOS, 2005, p. 08)

sistema funcionalmente diferenciado da sociedade, cuja função é manter estável as expectativas, ainda que estas sejam frustradas na prática" (ANDAKU, 2009, p. 1). Logo, as expectativas são as normas de caráter jurídico, que, assim, permanecem estáveis independentemente de uma eventual violação, em outras palavras, esse cenário jurídico reflete uma ilustração da realidade social.

Schwartz (2004, p. 27) assevera que na teoria luhmanniana "um sistema possui elementos próprios que se auto-reproduzem, assim, tais elementos necessitam de distinções baseadas em esquemas auto-referencial, em códigos". Nesse sentido, no caso do direito, essa distinção é feita sob o código Direito/Não-Direito, enquanto no sistema sanitário, é procedida pelo código Saúde/Enfermidade.

Para o sociólogo Luhmann (2005, p. 75) "por sistema social deve aqui entender-se uma conexão de sentido das ações sociais, que se referem umas às outras e se podem delimitar de um meio ambiente de ações não pertinentes". Assim, a teoria dos sistemas sociais representa uma "estrutural-funcional", segundo Luhmann (2005, p. 73, grifo nosso):

> Ela **pré-ordena o conceito de estrutura ao conceito de função**. Pressupõe sistemas sociais com determinadas estruturas e busca, em seguida, as realizações funcionais que devem ser produzidas para que os sistemas se mantenham. O conceito de **função** restringe-se, aqui, sobretudo, às operações internas e, de preferência, aos contributos dos **subsistemas**; torna-se assim uma categoria intrínseca ao sistema, que concerne à relação entre as "**partes**" e o "**todo**".

Associando esse raciocínio ao objeto de estudo desse trabalho, o direito sanitário apresenta-se como um subsistema do sistema jurídico, e na qualidade de subsistema, este possui uma função intrinsecamente conectada a função do sistema jurídico, isto é, "partes" ligadas a um "todo". Logo, é inviável analisar a saúde isoladamente e fora do sistema jurídico e dos demais sistemas sociais, a complexidade da temática exige uma compreensão estrutural do "todo" a partir da visão sistêmica.

Nesse mesmo sentido, Schwartz (2004, p. 24), argumenta que "não basta, portanto, vislumbrar o problema a partir de uma única ótica. Deve-se abrir o leque de possibilidades que a descrição dos sistemas sociais oferece, e enfrentar a questão

como um observador (sujeito) que mira seu objeto (direito à saúde)"[15]. Assim, partindo da hipótese – "a descrição do risco como futuro no direito à saúde com base na teoria dos sistemas sociais autopoitético (Luhmann)"[16] - é necessário à adoção da metodologia referenciada acima (funcionalismo estrutural).

Assim, é imprescindível uma rápida explanação sobre a abertura e fechamento dos sistemas sociais. Os sistemas sociais apresentam-se de forma aberta (para as perturbações externas) e ao mesmo tempo fechado (para processar suas próprias informações). André Jean Arnaud e Dulce (2000, p. 325) explicam esse fenômeno afirmando que "os sistemas sociais comumentemente distinguem-se em abertos e fechados, dependendo de aceitarem ou recusarem a confrontação, a interação, numa das fases quaisquer de seu funcionamento, com os outros sistemas com os quais eles competem na complexidade da vida social".

Assim, para os autores se espera de um sistema que ele não fique estagnado em um grau de aproveitamento insuficiente, deve-se admitir que esse sistema não é completamente fechado. Essa condição também é fundamental, se se deseja obter indicações certas quanto à qualidade do aproveitamento do sistema. (ARNAUD; DULCE, 2000, p. 325). Dito em outras palavras, Rocha e Schwartz, (2004, p. 38)

> [...] a ideia de autopoiese surge como uma necessidade de se pensar aquilo que não poderia ser pensado. É um sistema que não é fechado e nem aberto. Por quê? Porque um sistema fechado é impossível, não pode haver um sistema que se auto-reproduza somente nele mesmo. E um sistema aberto seria só para manter a ideia de sistema. Se falamos em sistema aberto já não falamos mais em sistema, podemos falar de outras coisas. Então o sistema fechado não é possível, o sistema aberto é inútil. Há, aqui, então a proposta de que, existindo um critério de repetição e diferença simultânea, temos uma ideia de autopoiese.

Nesse sentido, as transformações da sociedade podem ser explicadas conforme a teoria dos sistemas sociais autopoiéticos de Niklas Luhmann, uma vez que o sistema procura no seu entorno uma nova saída para o novo problema, e assim englobando essa nova informação e segue seu constante evoluir, assim, os

---

[15] Em complemento, o autor explica que esta visão é o problema clássico da sociologia jurídica, como defende Luhmann, pela insuficiência de seus diagnósticos. Torna-se, pois, necessário que esta observação seja feita por alguém incluso e, ao mesmo tempo, excluso do sistema observado: o observador de segundo grau. (SCHWARTZ, 2004, p. 24)

[16] *Autopiesess*ignifica para Luhmann que "um sistema reproduz os elementos de que é constituído, por meio de uma ordem hermético-recursiva, por meio de seus próprios elementos". (LUHMANN, 1994, p. 20).

sistemas sociais são ao mesmo tempo autônomos e interdependentes do entorno. Portanto, com o constante avanço e globalização das relações civilizacionais a visão sistêmica luhmanniana possibilita uma compressão estrutural da sociedade. Na lição de Garcia Amado (2004, p. 322, grifo nosso):

> **Cada sistema forma parte do meio dos outros sistemas.** Isso quer dizer que cada sistema não percebe aos outros como sistemas, senão como aquela parte da complexidade social que não se reduz com ajuste ao código e aos programas próprios. Não significa isto que não existam relações entre os sistemas. Já sabemos que uma mudança dentro do sistema produz ressonância nos outros, que através de seus códigos próprios a percebem como um aumento da complexidade de seu respectivo meio, frente ao qual reagem aumentando sua própria complexidade para poder seguir delimitando-se frente a esse meio modificado, com o que geram alterações em si mesmos que modificam o meio dos outros e ressonam neles, e assim sucessivamente. Assim se explica a evolução social.

Portanto, torna-se inviável (re) pensar o direito à saúde dentro da sociedade de risco (complexa) sem localizar o direito sanitário como um subsistema do sistema jurídico, pois cada sistema forma parte do meio dos outros sistemas, em outras palavras, além de estudar a saúde em si própria é necessário uma análise da sua relação com o direito. Em seu estudo sobre o tratamento jurídico do risco no direito à saúde, o autor Schwartz (2004, p. 44) realiza uma síntese desses pensamentos sistêmicos atrelados à questão sanitária, afirmando que “a saúde se encontra no sistema social, constituindo-se em exemplo de sistema autopoiético, sua evolução/proteção é dada de forma auto-referencial, através da repetição dos seus próprios elementos”. Logo, o risco torna-se um elemento intrínseco e conexo ao sistema sanitário contemporâneo.

Atentando aos conceitos de sociedade moderna, sociedade pós-moderna, sociedade de risco, sociedade contemporânea reflexiva, percebe-se que estas nomenclaturas geram uma confusão de ideias quanto ao que se entende por “sociedade pós-moderna” e carece de uma definição, embora seja um fenômeno difícil de decifrar.

Em sua obra sobre “**As Consequências da Modernidade**”, Giddens recorda que num mundo pós-moderno, o tempo e o espaço já não seriam ordenados em sua inter-relação pela historicidade, em outras palavras, a pós-modernidade não está em congruência com nenhum acontecimento específico da história. Para isso, o autor

explica que “a pós-modernidade[17] é inerentemente globalizante, e as consequências desestabilizadoras deste fenômeno se combinam com a circularidade de seu caráter reflexivo para formar um universo de eventos onde o risco e o acaso assumem um novo caráter” (GIDDENS, 1991, p. 155). Ressalta-se, ainda, nesse cenário a distinção estabelecida entre sociedade moderna e uma sociedade de risco, está última seria uma modernidade reflexiva, onde se instaura um crescimento explosivo do grau de perigo enfrentado na vida coletiva pela capacidade de destruição resultante da aplicação do conhecimento e da técnica. (GIDDENS; BECK; LASH, 1997).

Bauman (2008, p. 22), em seus estudos, destaca o mal-estar na civilização pós-moderna, responsável por gerar “um número sempre crescente de homens e mulheres pós-modernos”, ao mesmo tempo que de modo algum imunes ao medo de se perderem, e sempre ou tão frequentemente empolgados pelas repetidas ondas de "nostalgia", acham a infixidez de sua situação suficientemente atrativa para prevalecer sobre a aflição da incerteza. Parece evidente o quanto as incertezas e o risco potencializam a complexidade.

Para Beck (2011), em sua obra sobre **“Sociedade de Risco: rumo a uma outra modernidade”**, na pós-modernidade (modernidade avançada) o debate sociológico ultrapassa o campo dos conflitos das “desigualdades sociais entre as classes”, agora o principal objeto de discussão é o risco, elemento norteador das condutas nas relações civilizacionais.

Segundo Beck (2011), a sociedade de risco é uma sociedade catastrófica. Nela, o estado de exceção ameaça converte-se em normalidade. O autor ainda explica, que a sociedade de risco é reflexo da sociedade industrial, cuja transição ocorreu sem as reflexões necessárias para a formação de uma estrutura política, cultural, social e ambiental sólida o suficiente para evitar, controlar e legitimar as consequências dos riscos que acompanham a produção de bens de consumo, o avanço das tecnologias química e nuclear, a expansão da engenharia genética, as ameaças ao meio ambiente, a produção armamentista e o crescente

[17]“A modernidade é inerentemente orientada para o futuro, de modo que o "futuro" tem o status de modelador contrafatual. Embora haja outras razões para isto, este é um fator sobre o qual fundamento a noção de realismo utópico. Antecipações do futuro tornam-se parte do presente, ricocheteando assim sobre como o futuro na realidade se desenvolve; o realismo utópico combina a "abertura de janelas" sobre o futuro com a análise das correntes institucionais em andamento pelas quais os futuros políticos estão imanentes no presente”. (GIDDENS, 1991, p. 156)

empobrecimento dos que vivem à margem da sociedade industrial (BECK, 2011, p. 114-116).

Ao estudar o Direito pós-moderno, Schwartz (2004) elenca algumas características determinantes que divergem radicalmente das características do que se convencionou chamar de Direito moderno. O autor explica que "onde antes havia simplicidade, hoje existe complexidade, onde outrora havia perigo[18], há risco[19]" (SCHWARTZ, 2004, p. 38), segundo este autor tais características se apresentam a partir:

> 1. de uma visão pragmática dos conflitos;
> 2. do descentramento do sujeito;
> 3. do relativismo;
> 4. da pluralidade das racionalidades;
> 5. de lógicas estilhaçadas;
> 6. da complexidade;
> 7. do retorno da sociedade civil;
> 8. do risco.

Essas características evidenciam verdadeiros problemas jurídicos pós-modernos, uma realidade extremamente complexa e de risco. Para tanto, a partir das lições de François Ost, Schwartz (2004, p. 40, grifo nosso), estabelece uma construção do risco através de três formas históricas do conceito de risco:

> **1. Em uma primeira fase**, a sociedade liberal do século XIX trata o risco como acidente, algo impossível de se prever, individual, repentino e ligado a elementos exteriores. Nesse tipo de Concepção, o máximo a fazer era demonstrar algum tipo de evidência, mediante a contratação de algum tipo de seguro. A essa ideia de risco-acidente segue-se a noção de uma reação, curativo-retroativa, que encontra similaridade na noção de saúde "curativa", desenvolvida na mesma época".
> **2. Em um segundo momento**, o risco passa a ser conectado com a noção de prevenção. Aqui, a sociedade passa a ser dona de si mesma em todos os aspectos da vida cotidiana, mediante o pretendido controle do risco através das técnicas científicas. Essa modalidade de constatação do risco também encontra paralelo na noção de saúde "preventiva", posteriormente desenvolvida pelo sistema liberal como forma de barateamento dos custos de manutenção do trabalhador. No entanto, nota-se que a única distinção

[18] Ressalta-se, ainda, a distinção entre risco e perigo, pois a diferença reside no fato de que se os danos decorrem da decisão tomada pelo próprio indivíduo, então se trata de risco. Se os resultados danosos forem provocados por outras causas que não dependem da voluntariedade e de decisão pessoal, tem-se o perigo. Nesse sentido, é que, auto-referecialmente e baseados no passado, todos os sistemas (como é o caso da saúde) visam à antecipação do futuro com base no risco. (SCHWARTZ, 2004, p. 151)

[19] Riscos têm, portanto, fundamentalmente que ver com antecipação, com destruições que ainda não acorreram, mas que são iminentes, e que, justamente nesse sentindo, já são reais hoje. (BECK, 2011, p. 38)

> feita entre a noção curativo/preventiva reside no tempo de constatação da doença. O primeiro atua "após", enquanto o segundo atua "antes".
> **3. A terceira** fase refere-se à atual, em que o risco assume proporções antes nunca vistas, frustrando capacidades preventivas e de domínio, minando a pretendida racionalidade humana. O Homem, de certa forma, fica relegado a um segundo plano quando contraposto à insegurança moderna, afetando, assim, sua apreensão do futuro. Nesse sentido, não existe um paralelismo entre noções de saúde ligadas ao risco, exceto a propalada qualidade de vida, que tem como grande contribuição o fato de se pensar a saúde como promoção, relegando a concepção de que saúde é unicamente ausência ou prevenção de doenças. Mesmo tal expressão, todavia, resta desconectada do risco, visto que não o apreende dentro de si e ainda fica isolada do aspecto decisional/temporal que o risco carrega consigo, sem falar que, exatamente, por esse motivo último, não desenvolve suficiente uma necessária visão de precaução sanitária.

Destaca-se nessas formas históricas do conceito de risco, a conexão que o autor estabelece entre risco e saúde. No primeiro momento a noção de risco como acidente assemelha-se a noção de saúde meramente "curativa", em um segundo momento essa semelhança ainda persiste quando associada à prevenção do risco com a saúde preventiva, porém, no terceiro e último momento, o controle do risco escapa das capacidades preventivas e, mesmo a saúde sendo pensada como promoção, é deixada para atrás diante das incertezas da sociedade de risco, pois inexiste uma visão de precaução sanitária.

Superado o estudo sobre a teoria dos sistemas sociais e o risco na sociedade contemporânea[20], passa-se, então, para uma análise específica sobre saúde e risco a partir da visão sistêmica luhmanniana.

1.3.2 Saúde e risco

No contexto do tratamento jurídico da incerteza sanitária, dito em outras palavras, saúde e risco, Schwartz (2004, p. 149) menciona que "a moderna doutrina jurídica e o próprio sistema político (no que desencadeará a resposta do sistema jurídico via legislação/jurisdição e Direito/Não-Direito) vem colaborando com uma série de princípios e normas relativas ao risco sanitário", é como se o ordenamento jurídico começasse a entender a complexidade futurística do risco.

---

[20]Luhmann disse uma vez: a diferença entre a religião e as nossas ideias sobre o risco é que a religião está interessada em aumentar as culpas e as penitências e nossas ideias sobre o risco buscam diminuí-las. Visam, assim, à tomada de decisões sobre as quais, no futuro, não seja necessário concluir que outras decisões poderiam ter evitado o dano verificado.(DE GIORGI, 2008, p. 48).

Em sentido estrito, as noções tradicionais de risco na área sanitária limitavam-se aos processos epidemiológicos, porem essa visão demonstra-se insuficiente para uma sociedade multifaceta e de incerteza (SCHWARTZ, 2004, p. 149). Para Beck (2011), em sua teoria sobre o risco, este está presente em todos os setores da sociedade ou conforme a teoria luhmanniana, em todos os sistemas sociais. Porém, Schwartz (2004) ainda demonstra uma enorme preocupação quando afirma que no "campo sanitário, o risco se torna latente em face a elevada complexidade de um direito à saúde que pretende ser auto-referencial mediante a diferenciação recursiva dada pelo código específico Saúde/Enfermidade, e também pelos subcódigos". Viver está para além de um perigo, viver está mais complexo, mais difícil e mais ariscado.

Assim, uma alternativa clássica ao risco é a segurança, logo o valor do risco é negativo e o da segurança, positivo. Porém, para De Giorgi (1998, p. 39), essa é alternativa é inútil, pois "é bárbaro como a pretensão de universalidade da razão, que pode ser cega, violenta, justamente porque sua racionalidade justifica cegueira e violência". Dito de outra forma, De Giorgi (1998, p. 40, grifo nosso):

> Se uma nova tecnologia for desenvolvida, deve-se controlar seu risco. Se existe o risco de consumo de drogas entre os jovens, será necessário impor-lhes uma educação rígida que os obrigue a adotar valores úteis e sociais. **Se existem riscos para a saúde, deve-se adotar outros estilos de vida. Se o custo da vigilância sanitária for alto, deve-se privatizá-la, pois os serviços privados são mais eficientes, produzem lucros que podem ser investidos para melhorar as condições de saúde de todos.** Se a Europa corre o risco de ser tomada pela onda migratória gerida pelas máfias, trancaremos os imigrantes dentro de campos de concentração modernos e, depois, os reenviaremos para casa. Se a Floresta Amazônica queimar, deveremos desenvolver uma consciência ecológica. E, por fim, se a atmosfera é tão poluída que causa danos irreversíveis à saúde, fixemos índices de poluição que não podem ser ultrapassados. Enquanto não forem ultrapassados, tudo correrá normalmente.

Em suma, essa é a realidade da relação entre risco e saúde, um tratamento "racional" e "universal" que termina na exclusão pela universalização. Diante disso, infere-se que "o risco não é algo real, não é um dado. É a possibilidade de um evento danoso que uma outra decisão poderia ter evitado" (DE GIORGI, 2008, p. 40). No cenário do direito à saúde, esses ricos ganham proporções de uma hipercomplexidade. Para uma melhor assimilação, De Giorgi exemplifica algumas situações, como antes de se saber que o contágio da AIDS ocorre por via sexual, as relações sexuais não eram consideradas relações de risco ou, como uma vez

afirmou Luhmann, antes da invenção do guarda-chuva, não existia o risco de se molhar quando chovia.

Em busca de uma solução para os riscos sanitários ou mesmo minimizá-los, a sociedade busca agir preventivamente, e, como alternativa, “o uso do direito, passa a ser instrumento reducionista da complexidade, visando à antecipação de um futuro, com base na descrição do presente” (SCHWARTZ, 2001 p. 88). É a norma como uma “programação condicional para decisões” (ROCHA, 2005, p. 10).

Para Di Giorgi (2008, p. 49) “o direito à saúde tem, na realidade, a função de generalizar a doença como risco, isto é, saber que outra decisão poderia tê-lo evitado. Quando a doença é um perigo, tem a função de confiar cada indivíduo a sua sorte”. Mas, o autor, ainda, questiona sobre o que pode ser feito por exemplo, frente aos buracos na camada de ozônio? Como resposta, argumenta que “de um lado, o direito fixa valores-limites que dependem da tolerância econômica frente aos comportamentos desviantes” e “de outro lado, o direito pode impor controles, isto é, pode tratar os saudáveis como se fossem doentes”.

Portanto, o Direito surge como forma de controlar os riscos futuros no campo a saúde (DE GIORGI, 1998; ROCHA, 2005; SCHWARTZ, 2004). Porém, cabe ressaltar que o sistema jurídico e suas normas não suficientes para o controle, dito em outras palavras, para Schwartz (2004, p. 152-153):

> Ainda, não se pretende que se esgotem as possibilidades de risco mediante a atuação do Direito, visto que a norma jurídica não espera fixar desde logo a atuação futura. Ela apenas orienta o futuro. Sua obediência ou não advém de um sistema psíquico que é indiferente ao processo comunicativo societário: o homem. Diante disso, erigem-se estruturas de expectativas normativas sanitárias com o intento de se verificar que normas (expectativas) poderão se manter no futuro, sem prender-se a juízos valorativos. Uma vez que tais expectativas não se apresentem como as formas fixadas, há que as modificar para que não se repita o passado e se perscrute o futuro – e isso passa a ser função do sistema político.

Para tanto, o Direito apresenta-se como expectativa para um futuro com os riscos minimizados, bem como mostra-se como um sistema fechado em seu núcleo de normas e aberto para as possibilidades de alterações, na tentativa de evitar danos ocorridos no passado. Essas normas que formam o subsistema jurídico do Direito Sanitário, estão amparadas, inicialmente, pelos princípios da precaução e prevenção. Esses princípios serão analisados no segundo capítulo desse estudo no âmbito da base principiológica da legislação sanitária.

Assim, o risco sanitário consiste, portanto, no “riesgo de dejar de hacer algo que possiblemente podría ayudar. Sería incomprensible, incluso indefendible, no intentar todo lo posible aunque indefendible, no intentar todo lo posible aquen sólo pueda tratar-se de obra distribuición del risco” (LUHMANN, 1997, p. 137). É preciso encarar a saúde como uma atividade em que o risco é onipresente (SCHWARTZ, 2001, p. 95), uma realidade hirpercomplexa e que sofre constantes modificações, uma vez que está intrinsecamente associada aos sistemas sociais conforme a visão sistêmica luhmanniana.

1.3.3 Características sociodemográficas dos Povos Indígenas no Brasil dentro da Sociedade de Risco

Sem pretender esgotar a temática ou promover uma revisão exaustiva da literatura, pretende-se nesse tópico realizar uma análise dascaracterísticas sociodemográficas dos Povos Indígenas no Brasil (em alguns países denominados de Nativos ou Autóctones) dentro da sociedade de risco, assim, expondo suas principais suas características populacionais, complexidades e vulnerabilidades direcionadas para o campo da saúde.

Divididos em pelo menos cinco mil povos por todo o mundo, estima-se que a população indígena é composta por mais de 370 milhões de pessoas, compondo em torno de 5% do total mundial (IWGIA, 2015)[21].

No Brasil[22], especificamente, os mais de 305 povos indígenas falantes de mais de 274 línguas diferentes[23], somam, segundo o Censo do Instituto Brasileiro de

---

[21] Despite the near universal endorsement of the UN Declaration on the Rights of Indigenous Peoples (UNDRIP) and the adoption by consensus of the World Conference Outcome Document, many States still don’t recognise the existence of indigenous peoples in their own countries and their rights are not high on the political agenda. The human rights of indigenous peoples are also far from reflected in the daily lives of most of the world’s 370 million indigenous people. (IWGIA, 2015, p. 10)

[22]O Estatuto do Índio (Lei n. 6001, de 19 de dezembro de 1973) define “índio” como todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional. (BRASIL, 1973: pág. Artigo 3º). Porém, Atualmente, a ideia de integração cultural das sociedades indígenas à sociedade nacional está ultrapassada. Essa noção foi sendo substituída pelo entendimento de que a identidade cultural é elaborada constantemente, através de um processo dinâmico de mudança que coexiste entre a manutenção e reelaboração da tradição e a aquisição de novos valores e práticas, a partir da relação com sociedades distintas, o que não desqualifica determinada identificação étnica. (GENIOLE, 2011, p. 27)

[23]No Brasil, para as pessoas indígenas de 5 anos ou mais de idade, foram contabilizadas 274 línguas indígenas faladas no Território Nacional, excluindo aquelas originárias dos outros países, denominações genéricas de troncos e famílias linguísticas, entre outras não foram consideradas línguas indígenas. Nas terras indígenas foram declaradas 214 línguas indígenas faladas pelas

Geografia e Estatística – IBGE de 2010, 896.917 pessoas. Desse conjunto de indígenas, 57,7% residiam nas terras indígenas e 42,3% fora delas, o que corresponde aproximadamente a 0,47% da população total do país. No tocante as grandes regiões, eles habitam: a) (38,2%) na Norte; b) (25,9%) na Nordeste; c) (16%) na Centro-Oeste; d) (11,1%) na Sudeste e; e) (8,8%) na Sul[24].

Tabela 1- População indígena e distribuição percentual, por localização do domicílio e condição de indígena, segundo as Grandes Regiões – 2010

Grandes Regiões	População indígena e distribuição percentual				
	Total	Localização do domicílio			
		Terras indígenas			Fora de terras indígenas
		Total	Condição de indígena		
			Declararam-se indígenas	Não se declararam, mas se consideravam indígenas	
Brasil	**896 917**	**517 383**	**438 429**	**78 954**	**379 534**
Norte	342 836	251 891	214 928	36 963	90 945
Nordeste	232 739	106 142	82 094	24 048	126 597
Sudeste	99 137	15 904	14 727	1 177	83 233
Sul	78 773	39 427	35 599	3 828	39 346
Centro-Oeste	143 432	104 019	91 081	12 938	34 413
Brasil	100	100	100	100	100
Norte	38,2	48,7	49,0	46,8	24,0
Nordeste	25,9	25,5	18,7	30,5	33,4
Sudeste	11,1	3,1	3,4	1,5	21,9
Sul	8,8	7,6	8,1	4,8	10,4
Centro-Oeste	16	20,1	20,8	16,4	10,4

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Para o IBGE, esses dados podem não corresponder em sua totalidade, pois, por uma série de fatores, a obtenção de informações sobre a identidade indígena é complexa. O Instituto assevera que a depender do contexto, membros de uma dada etnia podem ter receio de manifestar sua identidade, seja por preconceito e discriminação, ou mesmo negar o pertencimento étnico possivelmente devido às experiências vividas anteriormente. Outros complicadores são: a) o difícil acesso as Terras Indígenas – TI; b) o processo de miscigenação no Brasil; e c) os povos assentados em territórios não explorados e não contatado (IBGE, 2010).

pessoas indígenas de 5 anos ou mais de idade e 249 foram contabilizadas tanto nas áreas urbanas quanto rurais localizadas fora das terras. (IBGE, 2010)

[24] Fonte: Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Tabela 2 - Proporção da população autodeclarada indígena em relação à população total do Brasil, nos censos 1991, 2000 e 2010

Ano	1991	2000	2010
Nº absoluto	306.245	734.131	817.963
Proporção	0,2	0,43	0,44

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

O comparativo realizado nos Censos (1991, 2000 e 2010) mostra uma crescente da proporção da população autodeclarada indígena em relação à população total do Brasil, porém essas informações podem não expressar essa realidade, uma vez que a coleta de dados, apenas, tornou-se mais eficaz em virtude da introdução de novas tecnologias[25]implantadas na última década. Em verdade, esse cenário pode evidenciar uma estagnação ou regressão no crescimento da população indígena no país.

Para Marta Maria Azevedo e Ricardo Ventura Santos (2005, p. 11), sobre a demografia dos povos indígenas no Brasil:

> São ainda muito pouco conhecidas as mais diversas dimensões da dinâmica demográfica seja natalidade, mortalidade ou migraçãodos povos indígenas no Brasil contemporâneo. Se essa assertiva se aplica plenamente ao conjunto dos povos indígenas, torna-se ainda mais contundente em face da diversidade dessas sociedades.

O IBGE (2010), ainda, expõe que as populações indígenas se configuram como um dos segmentos mais desfavorecidos do ponto de vista econômico, habitacional, educacional e dos indicadores de saúde.

Para a Organização das Nações Unidas – ONU, os Povos Indígenas são um terço dos mais pobres do mundo e sofrem com condições alarmantes em todos os países. As estatísticas publicadas ilustram a gravidade da situação tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. Nutrição precária, acesso limitado a cuidados médicos, falta de recursos cruciais para o bem-estar e a

[25] O planejamento do Censo Demográfico 2010 teve como meta o aprimoramento da cobertura da população residente e da qualidade dos dados coletados. Para alcançar os melhores padrões de qualidade, nesta edição da pesquisa, o IBGE introduziu várias inovações de natureza gerencial, metodológica e tecnológica, com destaque para a atualização da base territorial digital, a adoção do computador de mão equipado com Sistema de Posicionamento Global (Global Positioning System - GPS), para a coleta dos dados, e a introdução da Internet como alternativa para preenchimento do questionário. (IBGE, 2010)

contaminação dos recursos naturais são fatores que contribuem para o precário estado da saúde da população indígena do mundo[26].

Seguindo o posicionamento da ONU, o autor Juan Martínez Alier (2007) insere os Povos Indígenas dentro do ecologismo[27]dos pobres, para ele os pobres são todos aqueles que vivem em condições degradantes e submetidos diretamente aos riscos ambientais frutos do desequilíbrio ecológico e escassez dos recursos naturais. Pois, além de conviver com falta ou a insuficiência de serviços e direitos fundamentais, esses grupos ainda sofrem com as injustiças socioambientais.

Ainda sobre os aspectos ambientais, os Povos Indígenas, mesmo representando apenas 0,47% da população total brasileira, "ocupam, transformam e ressignificam seus espaços, segundo suas escolhas, tradições, normas e ritos – suas culturas enfim – estabelecendo assim, formas de uso dos recursos naturais e de controle sobre os territórios tradicionais" (LITTLE, 2006). Para o autor, esses grupos possuem uma função vital no gerencialmente do Meio Ambiente, cabendo ao Estado estabelecer meios para a efetiva participação na busca do desenvolvimento sustentável. Dessa forma, as políticas públicas necessitam continuamente, de imediata criação, renovação e aplicação[28].

A FUNAI explica que atualmente existem 467 terras indígenas regularizadas que representam cerca de 12,2% do território nacional, localizadas em todos os biomas, com maior concentração na Amazônia Legal. Assim, a Distribuição das Terras Indígenas Regularizadas por região administrativa demonstra que 54% estão na região norte, 19% na região centro-oeste, 11% na região nordeste, 10% na região sul e 6% na região sudeste. A seguir figura contendo a distribuição das terras Indígenas no Brasil.

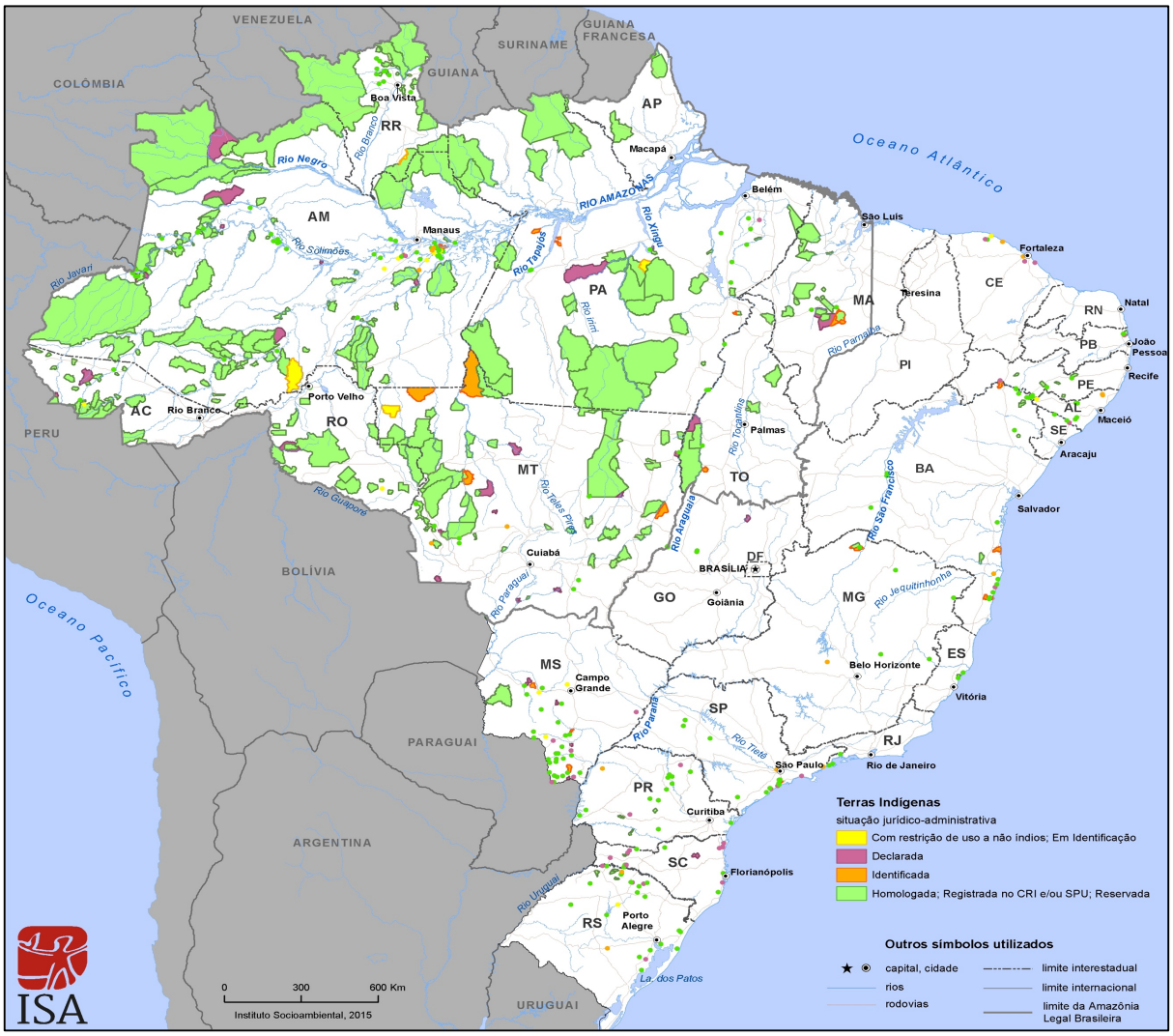
---

[26] Fonte: www.un.org/indigenous

[27] Os movimentos sociais dos pobres estão frequentemente relacionados com suas lutas de sobrevivência, e são portanto ecologistas – qualquer que seja o idioma em que se expressem – enquanto seus objetivos são definidos em termos das necessidades ecológicas para a vida: energia (incluindo as calorias da comida), água, espaço para habitar. Também são movimentos ecologistas porque tratam de retirar os recursos naturais da esfera econômica, do sistema de mercado generalizado, da nacionalidade mercantil, da valoração crematística (redução do valor a custos-benefícios) para mantê-los ou devolve-los à oiko-nomia (no sentido com a qual Aristóteles usou a palavra, parecido com ecologia humana, oposto a crematística). Assim, uma "economia moral" vem a ser o mesmo que uma economia ecológica (ALIER, 1992, p. 9).

[28] Assim, sob essa óptica de gestores do meio ambiente, esses povos receberam destaque significativo, conforme estabelece o princípio 22 da Declaração do Rio de Janeiro de 1992, afirmando que os povos indígenas e suas comunidades, bem como outras comunidades locais, tem um papel vital no gerenciamento ambiental e no desenvolvimento, em virtude de seus conhecimentos e de suas práticas tradicionais. Os Estados devem reconhecer e apoiar adequadamente sua identidade, cultura e interesses, e oferecer condições para sua efetiva participação no atingimento do desenvolvimento sustentável. (BRASIL, 1992).

Figura 1 – Distribuição das Terras Indígenas no Brasil



Fonte: Instituto Socioambiental (2015)

Assim, nos termos da legislação vigente (Constituição Federal de 1988 e Lei 6001/73 – Estatuto do Índio, Decreto n.º1775/96), as terras indígenas podem ser classificadas nas seguintes modalidades: a) Terras Indígenas Tradicionalmente Ocupadas[29]; b) Reservas Indígenas[30]; c) Terras Dominiais[31]; e d) Interditadas[32]. E

[29]**Terras Indígenas Tradicionalmente Ocupadas:** São as terras indígenas de que trata o art. 231 da Constituição Federal de 1988, direito originário dos povos indígenas, cujo processo de demarcação é disciplinado pelo Decreto n.º 1775/96. (FUNAI, 2016)

[30]**Reservas Indígenas:** São terras doadas por terceiros, adquiridas ou desapropriadas pela União, que se destinam à posse permanente dos povos indígenas. São terras que também pertencem ao patrimônio da União, mas não se confundem com as terras de ocupação tradicional. Existem terras indígenas, no entanto, que foram reservadas pelos estados-membros, principalmente durante a primeira metade do século XX, que são reconhecidas como de ocupação tradicional. (FUNAI, 2016)

[31]**Terras Dominiais:** São as terras de propriedade das comunidades indígenas, havidas, por qualquer das formas de aquisição do domínio, nos termos da legislação civil. (FUNAI, 2016)

[32]**Interditadas:** São áreas interditadas pela Funai para proteção dos povos e grupos indígenas isolados, com o estabelecimento de restrição de ingresso e trânsito de terceiros na área. A interdição

essas terras encontram-se em diferentes fases no processo administrativo de regularização, conforme quadros a seguir:

Quadro 1 – Fases do Processo Administrativo das Terras Indígenas Tradicionalmente Ocupadas

FASE DO PROCESSO	QUANTIDADE	SUPERFÍCIE(ha)
Delimitada	28	2.386.006,0000
Declarada	45	1.531.824,0000
Homologada	13	1.501.460,0000
Regularizada	467	105.748.432,0000
TOTAL	**553**	**111.167.722,0000**
Em Estudo	126	0,0000
Portaria De Interdição	5	668.892,0000

Fonte: Fundação Nacional do Índio – FUNAI (2016)

Quadro 2 – Fases do Processo Administrativo das Reservas Indígenas

FASE DO PROCESSO	QUANTIDADE	SUPERFÍCIE(ha)
Regularizada	37	72.084,8836
Encaminhada (RI)	18	60.004,000
TOTAL	**55**	**132.088,8836**

Fonte: Fundação Nacional do Índio – FUNAI (2016)

Retomando as considerações gerais, para a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (2008), estes sofreram injustiças históricas como resultado, entre outras coisas, da colonização e da subtração de suas terras, territórios e recursos, o que lhes tem impedido de exercer, em especial, seu direito ao desenvolvimento, em conformidade com suas próprias necessidades e interesses[33].

Esses Povos, que podem ser denominados de Comunidades Tradicionais, também se tornam diferentes e têm seus direitos vulnerados dentro da sociedade de risco em razão do seu modo de vida. Nesse sentido Diegues e Arruda, (2001, p. 27), entendem que:

> as comunidades tradicionais caracterizam-se pela dependência em relação aos recursos naturais com os quais constroem seu modo de vida; pelo conhecimento aprofundado que possuem da natureza, que é transmitido de geração a geração oralmente; pela noção de território e espaço onde o grupo se reproduz social e economicamente; pela ocupação do mesmo território por várias gerações; pela importância das atividades de

---

da área pode ser realizada concomitantemente ou não com o processo de demarcação, disciplinado pelo Decreto n.º 1775/96. (FUNAI, 2016)

[33] Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas aprovada no dia 13 de setembro de 2007, em Nova Iorque na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU).

> subsistência, mesmo que em algumas comunidades a produção de mercadorias esteja mais ou menos desenvolvida; pela importância dos símbolos, mitos e rituais associados as suas atividades; pela utilização de tecnologias simples, com impacto limitado sobre o meio; pela auto-identificação ou pela identificação por outros de pertencer a uma cultura diferenciada, entre outras.

As características apontadas pelos autores, transformam os Povos Indígenas[34] em grupos hipercomplexos, por razões culturais ou de relações com o meio ambiente. Esse fator, exige políticas públicas específicas, para que possam atender as necessidades dessas comunidades. Porém, o cenário torna-se mais alarmante quando da análise do direito à saúde para essas populações no âmbito da pós modernidade. Para tanto, a política sanitária deve recorrer a interculturalidade para minimizar os riscos.

Essa argumentação, também se justifica pela localização dos Povos Indígenas dentro da sociedade de risco, essas comunidades em virtude do seu modo de vida e todas as vulnerabilidades apresentadas nesse estudo, possuem uma posição desfavorável com um alto grau de insegurança na sociedade pós-moderna do desenvolvimento industrial. Uma rápida leitura dos estudos dos autores (ALIER, 2007; AYALA, 2004; ACSELRAD, 2009; BECK, 2011; BEZERRA, 2009; LEITE, 2004) possibilita essas conclusões.

Nesse sentido, o próximo capítulo desse estudo, visa analisa especificamente a (in) efetividade da política sanitária por meio da à Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.

---

[34]A Organização das Nações Unidas (ONU) adota uma definição de povos indígenas, que diz o seguinte: “Comunidades, povos ou nações indígenas são aqueles que, apresentando uma continuidade com sociedades précoloniais que se desenvolveram em seus territórios no passado, consideram-se diferentes de outros segmentos que, na atualidade, predominam nesses territórios, ou em parte deles. Constituem segmentos não dominantes da sociedade e manifestam o compromisso de preservar e desenvolver suas culturas e transmitir para gerações futuras seus territórios ancestrais, suas identidades étnicas, tendo por base sua existência contínua como povos, de acordo com seus padrões culturais, instituições sociais e sistemas jurídicos.

2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO A SAÚDE INDÍGENA

Mesmo após vários anos de implantação do novo modelo de atenção à saúde, continuam precários os conhecimentos disponíveis sobre o perfil de saúde/doença dos povos indígenas no Brasil.
Andrey Moreira Cardoso

O Estado brasileiro ao longo de sua formação possuiu vários diplomas constitucionais, assim, (re) configurando-se a cada Constituição[35] um novo Estado jurídico e político. Nesse sentido, "uma das principais formas de proteção jurídica à saúde é aquela fornecida pela Constituição, pois esse diploma, em sua versão clássica, seria o topo último de hierarquia do ordenamento jurídico" (SCHWARTZ, 2004, p. 118). Portanto, as disposições constitucionais apresentam-se como garantidoras de maior grau ao direito à saúde, dito em outras palavras, "constitution como princípio de sustentación del orden jurídico y político del país"[36] (LUHMANN, 2002, p. 340).

Para Schwartz (2004, p. 125), "a Constituição é, portanto, o *medium,* o acoplamento estrutural da Política e Direito". Assim, a partir dessa base constitucional e de forma harmônica podem surgir outras normas regulamentadoras. E no campo sanitário, a saúde como direito fundamental do homem figura como premissa fundamental, isto é, direito de todos e dever do Estado.

Nesse sentido, atendendo a essa proposta de pesquisa, esse capítulo pretende realizar um estudo sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, por meio da análise do processo de construção da Saúde Indígena, considerando, ainda, a visão intercultural da saúde como cultura, e a cultura como direito. Para tanto, será necessário, inicialmente, (re) construir o desenvolvimento histórico-constitucional brasileiro do Direito à Saúde, e, por fim,

---

[35]Para Kildere Gonçalves Carvalho, o termo "Constituição", como lei fundamental do Estado, tem vários sentidos: 1) norma absolutamente inviolável e não suscetível de reforma; 2) norma relativamente invulnerável, que pode ser reformada mediante processo extraordinário; 3) princípio último da unidade política e do ordenamento social do Estado. Toda sociedade tem sua maneira de ser, isto é, a sua constituição; 4) alguns princípios particulares da organização do Estado, por exemplo, os direitos fundamentais, a divisão de poderes, o princípio representativo; 5) a mais alto e norma num sistema de imputações normativas – a lei das leis (...). (CARVALHO, 2010, p. 292).

[36]Na lição de Pontes de Miranda, essa Constituição não saiu só do Brasil, veio de outros sistemas, velhos e novos, e seria falsear-lhe os ditames querê-lá separar do mundo e dos seus modelos que – a contrário do que sucedera à de 1891, mais americana – é algo de intermediário entre o norte-americano do século XVIII e o europeu de após a guerra. Mas já é menos norte-americana que a de 1934 e menos liberal que a Carta, a linhas retas, de 1891". (1938, p. 13 e 14).

trabalhar as inovações promovidas pela Constituição Federal de 1988, com ênfase na saúde como um direito constitucional dos povos indígenas.

2.1 Desenvolvimento Histórico-constitucional brasileiro do Direito à Saúde

O primeiro diploma constitucional brasileiro surgiu em 25 de março de 1824, projetado por membros de Conselho de Estado, pois o Imperador havia dissolvido a Assembleia Constituinte. A Carta Política do Império do Brasil de 1824 tornou-se famosa, uma vez que contemplava a chamada quadripartição dos Poderes Políticos (Poder Legislativo, Poder Moderador, Poder Executivo e Poder Judicial), havendo, ainda, a peculiaridade de se fazer a distinção entre normas formal e materialmente constitucionais[37].Mas, embora inaugurando a ordem constitucional, o direito à saúde não possuía acento nos dispositivos, em verdade, tratava-se de uma Constituição que estava hierarquicamente abaixo da vontade do Imperador.

Nessa mesma linha, a Constituição de 24 de março de 1891[38] não abordou o tema do Direito à Saúde, conforme explanam os autores Wesllay Carlos Ribeiro e Renata Siqueira Julio (2010, p. 449):

> A Constituição de 24 de março de 1891 não cuidou do tema do Direito à Saúde, de fato havia no art. 72 uma relação de direitos e garantias na qual se asseguravam os direitos de liberdade, de segurança e de propriedade. Além disso, eram previstos os direitos de reunião e associação, bem como o 'habeas corpus', entretanto, devido à organização social da época que tinha no 'coronelismo' o poder de fato e efetivo, as garantias e os direitos constitucionais não tiveram eficácia.

Inspirada na Constituição de Weimar e impulsionada pelas Revoluções de 1930 e 1932 (CANOTILHO, 2003), a constituinte de 1934 foi a primeira Constituição a inserir em seu conteúdo o tema Direito à Saúde, então previsto no inciso II do art. 10, designando competência concorrentemente à União e aos Estados para cuidar da saúde e assistência públicas. Porém, o texto da carta de 1934 não alcançou

[37]A Constituição de 1824 foi outorgada por D. Pedro I, depois de dissolvida a assembleia constituinte convocada no ano anterior. Foi a mais longeva das constituições brasileiras, durando 65 anos, somente tendo sido emendada uma vez, em 1834. Instituiu a monarquia constitucional e o Estado unitário, concentrando rigorosamente toda a autoridade política na Capital. (MENDES, 2014, p. 345)

[38]No dia 15 de novembro de 1889, o Decreto n. 1 proclamou a República Federativa, passando o país a ser dirigido por um governo provisório, encabeçado por Deodoro da Fonseca. A partir de 15 de novembro de 1890, um congresso constituinte funcionou no que fora o Palácio Imperial (hoje, a Quinta da Boa Vista, no Rio de Janeiro), até 24 de fevereiro de 1891, quando a primeira Constituição republicana foi promulgada, erigida sobre o propósito de consolidar o regime republicano e o modo. (MENDES, 2014, p. 346)

efetivação, pois rapidamente de forma outorgada foi substituído pela a Constituição de 1937.

A Carta Constitucional de 1937[39], unilateralmente imposta de forma autoritária por Getúlio Vargas, ainda chamada de Constituição "polaca"[40], foi responsável pela regressão dos direitos fundamentais. Logo, o Direito à Saúde não teve espaço nos dispositivos, restando apenas uma única menção no inciso XXVII do art. 16, que caberia à União legislar privativamente sobre "normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança".

A Constituição de 1946[41]apresentou traços paradoxais para sua época, pois "ainda que promulgada no período do Pós-Segunda Guerra Mundial, principal motivador de fortalecimento do Constitucionalismo e dos Direitos Fundamentais, seguiu esse movimento inovador com timidez, tomando a estrutura da Constituição de 1891 e introduzindo" (JULIO; RIBEIRO, 2010, p. 450). Assim, a constituinte não trouxe previsão de forma explícita sobre o Direito à Saúde, apenas previu na alínea 'b' do inciso XV do art. 5º, competência da União para "as normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime penitenciário".

Após o golpe militar de 1964, em 24/01/1967, foi outorgada a Constituição de 1967[42], rompendo com o regime de liberalidade traçado pela Constituição de 1946 e instalando o regime totalitário que a 'doutrina da segurança nacional' conclamava. Essa carta, embora possuísse um capítulo dedicado aos Direitos Fundamentais, a

---

[39] Na lição de Pontes de Miranda, essa Constituição não saiu só do Brasil, veio de outros sistemas, velhos e novos, e seria falsear-lhe os ditames querê-lá separar do mundo e dos seus modelos que – a contrário do que sucedera à de 1891, mais americana – é algo de intermediário entre o norte-americano do século XVIII e o europeu de após a guerra. Mas já é menos norte-americana que a de 1934 e menos liberal que a Carta, a linhas retas, de 1891". (1938, p. 13 e 14).

[40]Teve como parâmetro a Constituição polonesa, promulgada em 23 de abril de 1935. (PORTO, 2012, p. 18)

[41]A Constituição de 1946 exprimiu o esforço por superar o Estado autoritário e reinstalar a democracia representativa, com o poder sendo exercido por mandatários escolhidos pelo povo, em seu nome, e por prazo certo e razoável. Reavivou--se a importância dos direitos individuais e da liberdade política. (MENDES, 2014, p. 352)

[42]Em março de 1964, depois de período de conturbação política, as Forças Armadas intervieram na condução do país por meio de atos institucionais e por uma sucessão de emendas à Constituição de 1946. De toda sorte, o Diploma não mais correspondia ao novo momento político. Em 1967, o Congresso Nacional, que se reuniu de dezembro de 1966 a janeiro de 1967, aprovou uma nova Constituição, gestada sem mais vasta liberdade de deliberação. A Constituição era marcada pela tônica da preocupação com a segurança nacional – conceito de reconhecida vagueza, mas que tinha por eixo básico a manutenção da ordem, sobretudo onde fosse vista a atuação de grupos de tendência de esquerda, especialmente comunista. A Constituição de 1967 tinha cariz centralizador e entregava ao Presidente da República copiosos poderes. Possuía um catálogo de direitos individuais, permitindo, porém, que fossem suspensos, ante certos pressupostos. (MENDES, 2014, p. 354)

garantia era apenas formalmente, assim, colocando fim a qualquer expectativa de efetividade desses direitos. Nesse cenário de governo autoritário, novamente não foi previsto o Direito à Saúde.

Em 1969, foi outorgada a Emenda Constitucional n. 1[43], reconhecida, por alguns, como uma nova Carta Constitucional que, "cuidando de preservar o regime totalitário, novamente não trouxe a previsão do Direito à Saúde" (JULIO; RIBEIRO, 2010, p. 450). Existiu apenas uma discreta iniciativa sobre a competência legislativa da Constituição anterior, com uma inovação no § 4º do art. 25, determinando que "os municípios apliquem seis por cento do repasse da União a título de fundo de participação dos municípios na Saúde".

As constituintes até aqui apresentadas mostram-se apáticas quando da previsão constitucional do direito à saúde. Esse cenário vexatório possibilita algumas reflexões sobre o tratamento jurídico da saúde no Estado brasileiro, em suma:

1. Exclusão da Saúde dos diplomas constitucionais;
2. Ausência de legislação sanitária;
3. Dissonância da construção da saúde no mundo;
4. Afastamento do Estado do dever de promoção da saúde;
5. Precariedade das Políticas de Governo na gestão da saúde;
6. Exclusão de minorias e povos diferenciado sem virtude da ausência de atendimento médico-hospitalar específico para esses grupos.

Por fim, estabelece-se a nova ordem constitucional em 24 de outubro de 1988. Adiante, uma análise do direito à saúde e seus desdobramentos na Constituição Federal de 1988, bem como na legislação correlata.

2.2 O Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988

O direito à saúde não foi tema das constituições brasileiras anteriores a 1988, a não ser acidentalmente.

Sueli Gandolfi Dallari

A Constituição Federal de 1988 inaugurou nos diplomas constitucionais o tema direito à saúde. A nova ordem jurídica e política do país abordou a temática em

[43]Em 1969, a Junta composta pelos Ministros que chefiavam cada uma das três Armas, e que assumiu o governo, depois de declarada a incapacidade, por motivo de saúde, do Presidente da República, promoveu uma alargada reforma da Constituição de 1967, por meio de ato que ganhou o nome de Emenda Constitucional n. 1/69. (MENDES, 2014, p. 355)

uma seção especifica que abrange do artigo 196 ao artigo 200, além disso, a carta possui vários outros dispositivos inerentes ao sistema sanitário (Artigos 6º, 23º, 24º, 30, 34, 35, 166, 167, outros). Finalmente, a saúde é incluída no rol de dos Direitos e Garantias fundamentais, reconhecida como um direito social, e, portanto, torna-se direito de todos e dever do Estado.

Para Dallari e Nunes Junior (2010, p. 35), "uma análise da sistemática da Constituição Federal permite inferir a coexistência de dois critérios de delimitação dos direitos fundamentais: um formal e outro material". Dito em outras palavras, o critério formal seria o Título II da Constituição Federal quando menciona expressamente "Dos Direitos e Garantias Fundamentais" funciona como um gênero, possuindo, assim, cinco capítulos que funcionam como espécies, a saber: Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, Dos Direitos Sociais, Da Nacionalidade, dos Direitos Políticos e Dos Partidos Políticos.

Porém, além dos direitos formalmente previstos na lei maior e em sua legislação infraconstitucional, existe a possibilidade de uma abertura material para a incorporação de novos direitos fundamentais, pois conforme o § 2º do artigo 5º "os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte". Nesse sentido, se a saúde é reconhecida como um direito social fundamental, logo o Estado brasileiro deve garantir a aplicabilidade, além das normas de ordem interna, também para os tratados internacionais[44] celebradas na ordem externa.

Portanto, para compreender os desdobramentos da ordem constitucional da saúde, é imprescindível estabelecer uma análise a partir dos direitos sociais e princípios constitucionais. Após, será construído um estudo sobre o Sistema Único de Saúde – SUS por meio de legislação específica e, por fim, uma discussão sobre a saúde como um direito constitucional dos Povos Indígenas.

2.2.1. Os Direitos Sociais e princípios constitucionais da saúde

[44]A Convenção de Viena (1969) – Lei dos Tratados, em seu artigo 2º, define tratado como "acordo internacional concluído entre Estados em forma escrita e regulado pelo direito internacional, consubstanciado em um único instrumento ou em dois ou mais instrumentos conexos, qualquer que seja a sua designação específica". Outrossim, é válido salientar que esses atos denominados como tratados, também podem compreender outras nomenclaturas, como convenção, protocolo, acordo etc.

Para Dallari e Nunes Junior (2010, p. 10), “a introdução da saúde no rol dos direitos sociais no Brasil foi, sobretudo, resultado da força dos movimentos populares no momento da redemocratização política, no final dos anos oitenta do século vinte”. Esses direitos com previsão no artigo 6º da lei maior, são tidos como sociais, porque expressam a transição do Estado de Direito para o Estado Social, agora, além das liberdades individuais, o objetivo é a promoção da igualdade. Nesse sentido, Sarlet (2001, p. 20) estabelece que:

> [...] entendemos que a denominação de direitos fundamentais sociais encontra sua razão de ser na circunstância – comum aos direitos sociais prestacionais e aos direitos sociais de defesa – de que todos consideram o ser humano na sua situação concreta na ordem comunitária (social), objetivando, em princípio, a criação e garantia de uma igualdade e liberdade material (real), seja por meio de determinadas prestações materiais e normativas, seja pela proteção e manutenção do equilíbrio de forças na esfera das relações trabalhistas.

Para o autor, os direitos sociais funcionam como direitos à libertação da opressão social e da necessidade. Nesse viés, Dallari (2010, p. 62-63) estabelece características definidoras dos direitos sociais:

> 1. Os direitos sociais devem ser identificados a partir de uma dimensão subjetiva, como direitos a prestações públicas, que, materializadas por meio de serviços e ações do Poder Público, permitam que o indivíduo partilhe dos benefícios da vida em sociedade.
> 2. Os direitos sociais devem ser enfocados a partir da premissa de que as relações sociais, se engendradas naturalmente, sem a intervenção do Estado, acabam por espalhar a correlação de forças no aparelhamento do fenômeno produtivo.
> 3. Os direitos sociais devem englobar mecanismos que permitam aos próprios indivíduos a proteção dos interesses envolvidos.
> 4. O direito social é um subsistema dos direitos fundamentais que, reconhecendo a existência de um segmento social economicamente vulnerável, busca, quer por meio da atribuição dos direitos prestacionais, quer pela normatização e regulação das relações econômicas, ou ainda pela criação de instrumentos assecuratórios de tais direitos, atribuir a todos os benefícios da vida em sociedade.

Para o Estado brasileiro, conforme constam expressamente o artigo 6º da lei maior, são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. Com destaque para a saúde, objeto de estudo dessa pesquisa, a questão sanitária incorpora a seara da seguridade social que possui três esferas (previdência social, saúde e assistência).

O direito sanitário, como um direito social inserido no subsistema do sistema jurídico, comunica-se com os diversos sistemas sociais. Nesse sentido, os princípios constitucionais do direito à saúde integram vários dispositivos da Constituição Federal. Para Schwartz (2004), com fundamentos na visão sistêmica de Luhmann, existem dois princípios que são intrínsecos ao direito sanitário, a saber: precaução e acreditação.

Assim, "o princípio da precaução nasce da hipercomplexidade sanitária e da elevação das contingências na sociedade contemporânea" (SCHWARTZ, 2004, p. 153), portanto, a precaução consiste na conexão entre risco-decisão. De outro modo, o princípio da acreditação busca minimizar os riscos no ambiente hospitalar, a partir de um selo entregue para unidades hospitalares que possuam um grau de excelência nos serviços executados. Essa certificação de excelência é concedia apenas para as unidades que alcançarem os indicadores, fatores e padrões de qualidade[45]. Acredita-se que a combinação desses princípios pode criar um campo sanitário com menos riscos para o cidadão.

Com base nos princípios constitucionais gerais da Seguridade Social elencados no artigo 194[46] da Constituição Federal, e, compreendendo que a saúde é uma das ordens da seguridade social[47], os autores Dallari e Nunes Junior (2010) extraem cinco princípios constitucionais no campo do Direito Sanitário: a) a

---

[45]Alguns dos indicadores e fatores que devem ser levados em consideração para certificar com selo de excelência as unidades hospitalares: a) exatidão: apresentar as mínimas possibilidades de erro, sempre que registrado; b) confiabilidade: referente ao fato de diversos pesquisadores obterem as mesmas medidas frente ao mesmo evento, não variando entre os observadores; quanto mais quantitativa a definição operacional do indicador, maior o grau de reprodutividade; c) simplicidade: seus registros e medidas devem apresentar poucas dificuldades; d) pertinência: estar efetivamente correlacionado ao problema que examina; e) validade: medir efetivamente o fenômeno ou critério que está sendo examinado; e f) sensibilidade: detectar as variações no comportamento do fenômeno que examina. (SCHWARTZ, 2004, p. 158)

[46]Artigo 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.
Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:
I - universalidade da cobertura e do atendimento;
II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
V - equidade na forma de participação no custeio;
VI - diversidade da base de financiamento;
VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

[47]O sistema de seguridade social organizado na Constituição da República é integrado por três subsistemas, o da previdência, o da saúde e o da assistência social, conforme expressa dicção do art. 194, *caput* de nossa Lei Maior. (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010, p. 64)

fundamentalidade; b) a responsabilidade estatal; c) o acesso universal e igualitário; d) a gratuidade; e e) a integralidade.

A fundamentabilidade corresponde ao momento em que “a Constituição Federal alojou formalmente o direito a saúde no catálogo dos direitos fundamentais”, esse procedimento foi realizado por meio do artigo 6 da Lei Maior, visto que este a integra em seu Título II, destinado expressamente à disciplina dos Direitos e Garantias Fundamentais. Essa fundamentabilidade, torna-se tão importante, pois a saúde valores como a historicidade, autogenerativa, caráter supranacional, universal, maior eficácia, rigidez constitucional e aplicação imediata (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010, p. 67).

No tocante a responsabilidade estatal, a primeira parte do artigo 196 da Constituição Federal assevera que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. Para Dallari e Nunes Junior (2010, p. 71):

> Como se depura de uma atenta leitura da Constituição, a saúde, por um lado, inscreve-se no rol de responsabilidade do Estado não só como serviço a ser prestado, diretamente ou por terceiros (contrato, convênio etc.), também como atividade relevante, que, por si, reclama normatização, fiscalização e controle, tanto nos casos em que é engendrada pela iniciativa privada quanto quando prestada diretamente.

Referente ao acesso universal e igualitário, ressalta-se que a segunda parte do próprio *caput* artigo 196 da lei maior assegura o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, entende-se, que “pessoas com a mesma situação clínica devem receber o mesmo tratamento, inclusive no que tange a exames de apoio ao diagnóstico, prazos, acomodações etc. (DALLARI; NUNES JUNIOR (2010, p. 73). Porém, essa “igualdade” é alvo de questionamentos, como é o caso das pessoas de maior poder aquisitivo também possuírem livre acesso ao sistema de saúde, contudo, entende-se como viável em virtude da natureza universal do sistema, embora as populações carentes necessitem mais da assistência sanitária.

Nessa linha de pensamento, destaca-se o princípio da gratuidade, também alvo de polêmicas, que em suma “proíbe toda e qualquer forma de cobrança do usuário de ações, serviços e equipamentos públicos de saúde” (DALLARI; NUNES JUNIOR (2010, p. 74).

Por fim, outro importante princípio do Direito Sanitário é o princípio da integralidade, que para Dallari e Nunes Junior (2010, p. 75) segundo o qual o dever do Estado não pode ser limitado, mitigado ou dividido, pois a saúde, como bem individual, coletivo, intercultural e de desenvolvimento pressupõe uma abordagem assistencial completa, isto é, integral em todos os seus aspectos.

Após o estudo dos Direitos Sociais, a saúde como direito social e princípios constitucionais da saúde, a próxima seção cuidará do Sistema Único de Saúde.

2.2.2. O Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde – SUS, surgiu inicialmente por meio do artigo 198, *caput*, da Constituição Federal de 1988 quando mencionou que "as ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único[...]". Para Dallari e Nunes Júnior (2010, p. 77) "a ideia de sistema, nesta passagem, expressa a designação constitucional que predispõe todos os meios de atuação (ações, equipamentos, serviços etc.) a um arranjo combinado e destinado à concretização da atenção integral a saúde". Essa previsão constitucional demanda a criação de uma estrutura nacional de saúde e sistematicamente englobado todos os níveis do Estado federal.

Para Schwartz (2004, p. 101) "o Sistema Único de Saúde (SUS), implantado no Brasil após a Constituição de 1988, é, como o próprio nome refere, o sistema organizacional de saúde adotado pela nação brasileira em seu período pós-ditatorial". Nesse sentido o ponto de partida do SUS é o artigo 196 da Lei Maior brasileira que assevera "a saúde é direito de todos e dever do Estado". Ressalta-se que constituição enquanto dirigente ainda afirma no mesmo artigo que "a saúde deverá ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

De outra banda, o artigo 2 da Lei 8.080 de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, assevera, que "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício". Para tanto, em seu artigo 5, a referida lei ainda estabeleceu os objetivos indispensáveis do SUS: i) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; ii) a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e

social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; e iii)a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

É possível verificar a preocupação do legislador em manter a saúde como um bem tutelado pelo sistema jurídico. Assim, “os objetivos do sistema não ficam restritos a ações assistenciais e preventivas, mas avançam em direção à formulação de políticas de intervenção econômico social, bem como pesquisas e desenvolvimento” (DALLARI; NUNES JÚNIOR, 2010, p. 81)

O artigo 6 da Lei Orgânica da Saúde relata que estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

> 1. a execução de ações:
> a) de vigilância sanitária;
> b) de vigilância epidemiológica;
> c) de saúde do trabalhador; e
> d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
> 2. a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
> 3. a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
> 4. a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
> 5. a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
> 6. a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
> 7. o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
> 8. a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
> 9. a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
> 10. o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
> 11. a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

No tocante à competência para gerir os cuidados da saúde, ressalta-se, que a saúde e o próprio SUS encontrou amparo em diversos dispositivos constitucionais e normas infraconstitucionais. Esse amplo arcabouço jurídico trouxe regulamentação de competência, orçamento, prestação de contas, etc. Nesse cenário, destaca-se que a saúde enquanto dever do Estado, descarta qualquer dúvida de que a competência estatal independe da esfera (federal, estadual ou municipal), pois adotando o critério em razão da predominância do interesse para determinar as competências, a saúde é de interesse geral, regional e local.

Assim, o artigo 23 da Lei Maior no seu inciso II assegura que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde. Para Dallari (1995, p. 42), “a conclusão inevitável do exame da atribuição de competência em matéria sanitária é que a Constituição Federal vigente não isentou qualquer esfera de poder política da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde”. Portanto, a responsabilidade é da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Contudo, a Constituição também possibilitou a execução dos serviços e das ações de saúde de forma indireta, isto é, por meio de terceiros. Assim, afirmando no seu artigo 199 e § 1º, que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Podendo, as instituições privadas participarem de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Por fim, o artigo 200 da Constituição assevera que ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei (especialmente as dispostas nas Leis 8.080 de 1990 e 8.142 de 1990):

> a) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
> b) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
> c) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
> d) participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
> e) incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)
> f) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
> g) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
> h) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL 1988).

É notório o vasto campo de normas regulamentadoras do direito à saúde. Para Schwartz (2004, p. 110) “todo esse arcabouço decisório está voltado para a consecução da função (saúde)”. Trata-se da busca pela proteção sanitária do povo brasileiro. A criação do SUS consagra essa proteção como fundamental ao homem, e demonstra a necessidade de assistência sanitária especializada, como é o caso

dos povos indígenas. Assim, a próxima seção traduz a saúde como um direito constitucional dos povos indígenas.

2.2.3. A saúde como um direito constitucional dos povos indígenas

A Constituição Federal de 1988, também foi inédita ao destinar um capítulo específico para os Povos Indígenas, precisamente nos seus artigos 231 e 232. Porém, conforme assevera Carlos Frederico Marés de Souza Filho (2008, p. 109), a leitura da Lei Maior, "se não for atenta, pode levar a crer que não há proteção à saúde indígena mais do que a proteção geral estabelecida a todos os cidadãos brasileiros". Essa visão é equivocada, pois, verifica-se a necessidade de realizar uma interpretação sistêmica da Constituição para de identificar a saúde constitucional dos povos indígenas. Para isso, a visão sistêmica deve englobar dispositivos e princípios.

Inicialmente, destaca-se o princípio da unidade da constitucional conforme revela José Joaquim Gomes Canotilho (2003, p. 1.223-1.224), esse princípio ganha relevo autônomo como princípio interpretativo quando com ele se quer significar que a Constituição deve ser interpretada de forma a evitar contradições (antinomias, antagonismos) entre as suas normas. Assim, o direito à saúde indígena deve ser entendido a partir de uma unidade constitucional, assim, colaborando com o pensamento do autor Souza Filho (2008) e evitando a exclusão desses povos da política sanitária.

Ressalta-se, também o princípio da dignidade da pessoa humana plasmado no artigo 1, inciso III, do Texto Maior e sua relação com o direito à saúde. Nesse sentido, afirma Ingo Wolfgang Sarlet (2006, p. 115):

> Todos os órgãos, funções e atividades estatais encontram-se vinculados ao princípio da dignidade da pessoa humana, impondo-se lhes um dever de respeito e proteção [...]. Assim, percebe-se, desde logo, que o princípio da dignidade humana não apenas impõe abstenção (respeito), mas também condutas positivas tendentes a efetivar e proteger a dignidade dos indivíduos [...]. O princípio da dignidade da pessoa humana impõe ao Estado, além do dever de respeito e proteção, a obrigação de promover as condições que viabilizem e removam toda sorte de obstáculos que estejam a impedir as pessoas de viverem com dignidade.

Quando Sarlet (2006) fala na dignidade da pessoa humana como instrumento de remoção dos obstáculos impeditivos de uma vida com dignidade, reflete o

contexto das especificidades e deficiências da proteção sanitária indígena. Outros princípios também foram inseridos na Carta Política atual, como o princípio da não discriminação (artigo 3, inciso IV), o princípio da igualdade (artigo 5, *caput*) que em resumo tratam da diferença ínsita aos indígenas, garantindo-lhes acesso igualitário ao direito à saúde.

Em um segundo plano, a questão sanitária constitucional dos povos indígenas também encontra abrigo nos dispositivos, é por meio do artigo 231 que a Carta constitucional reconhece 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. Diante disso, é possível falar em direito à identidade cultural, reconhecimento da diferença e dos valores indígenas separadamente do direito à saúde? A resposta parece ser evidente, a saúde indígena é elemento indispensável a efetividade dos direitos e garantias fundamentais desses grupos.

Vários outros dispositivos constitucionais[48] também propiciam esse raciocínio, mas outras normas que merecem ser expostos são os pactos internacionais celebrados pelo Brasil. Pois, a proteção jurídica sanitária é tão fundamental que ultrapassa os limites da ordem jurídica interna, isto é, possui previsão até mesmo em documentos internacionais, conforme explica Oliveira (2009, p. 183):

> Verifica-se que o direito à saúde resta reconhecido também em tratados internacionais de direitos humanos – tanto do Sistema Global como Regional Interamericano de proteção dos direitos humanos –,já inseridos no sistema interno brasileiro. No caso, no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais[49], na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial[50] (5 e – IV), na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher[51] (artigos 11 (1 – "f") e 12), na Convenção sobre os Direitos da Criança (artigo 24(1) e no Protocolo Adicional à Convenção Americana de Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais[52](artigo 10 (1).

---

[48] Conforme já mencionado, é o caso dos dispositivos constitucionais que consagram a criação do Sistema Único de Saúde com sua organização, atribuições e diretrizes.

[49]Ratificado em 1992; aprovado pelo Decreto Legislativo no 226 de 12/12/1991; promulgado pelo Decreto no 591 de 06/07/1992.

[50]Ratificada pelo Brasil em 1968; aprovada pelo Decreto Legislativo no 23, de 21/07/1967; promulgada pelo Decreto no 65.810 de 8/12/1969.

[51]Ratificada pelo Brasil em 1984; aprovada pelo Decreto Legislativo no 93, de 14/11/1983; promulgada pelo Decreto no 4.377, de 13/09/2002.

[52]Integrado pelo Decreto no 3.321 de 1999. Urge grifar, com vista à saúde indígena, que o Protocolo determina o compromisso do estado em adotar medidas para "satisfação das necessidades de saúde

A proteção sanitária constitucional indígena é um dever do Estado brasileiro e deve ser efetivada, essa conclusão é fruto de uma visão sistêmica da Constituição por meio de princípios e dispositivos. Também se mostra como um compromisso global quando da ratificação de importantes documentos enumerados na citação supra. Portanto, não restam dúvidas que o direito à saúde para os índios encontra abrigo na ordem constitucional dirigente como uma norma programática que deve ser real e efetiva. Para isso, o Estado brasileiro adotou uma Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, temática que será analisada na próxima seção.

2.3 A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

> *O balanço do processo de implantação do subsistema sinaliza para avanços, mas também para a permanência e até mesmo para o agravamento de muitos problemas. Deve ser assinalado o reconhecimento, pelo poder público, da necessidade de concretizar uma política específica de saúde para os povos indígenas, fundamental para ampliar o acesso dos indígenas à rede SUS. Porém, o modelo está longe de funcionar a contento, o que remete a dificuldades como a restrita capacidade gerencial da Funasa e das instituições conveniadas. A baixa capacitação e a alta rotatividade dos recursos humanos permanecem como importantes entraves do modelo. Tampouco se vê, em ampla escala, a materialização dos princípios norteadores da política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas, como a integralidade da assistência e a provisão de atenção culturalmente diferenciada.*
>
> CARDOSO et al.

A hipercomplexidade dos Povos Indígenas e o direito a saúde como uma garantia constitucional de todos e dever do Estado, colaboraram para a criação de uma Política Sanitária especifica. Diante disso, a proposta dessa seção é realizar uma construção histórica da trajetória inicial da saúde indígena chegando até a atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em outras palavras, do modelo assistencial à representação política. E, por fim, estabelecer por meio da interculturalidade uma análise da saúde como cultura e a cultura como direto.

Ressalta-se que esse levantamento contempla os principais marcos da legislação sobre Saúde Indígena no Brasil ulteriores à Constituição Federal de 1988, bem como todas as Conferências Nacionais de Saúde Indígena, principais objetivos e número de propostas

---

dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis" (artigo 10 (1) "f").

2.3.1. Construção da Saúde Indígena: do modelo assistencial à representação política

A história da saúde indígena no Brasil e no mundo é marcada inicialmente pelas as doenças infecciosas, revelando um perfil epidemiológico iniciado desde a chegada dos europeus, no século XVI. Conforme revela os autores (CARDOSO; CHAVES; COIMBRA JR.; GARNELO; SANTOS, 2013, p. 34) historicamente, o processo de implementação das políticas indigenistas realizado pelo Estado brasileiro "caracterizaram-se por forte discurso assimilacionista, no sentido de que os povos indígenas iriam desaparecer como sociedades culturalmente diferenciadas, amalgamando-se com a sociedade nacional brasileira". Porém, mesmo enfraquecidos pela desconstrução social, os Povos Indígenas, sua biodiversidade[53] e sociodiversidade permanecem vivos nos dias atuais.

Para a Fundação Nacional da Saúde – FUNASA (2002, p. 7).,

> Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI) por meio do Decreto-lei nº 8.072. O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se à proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional.

Porém, o Sistema de Proteção Indígena (SPI) inicialmente não tratou da saúde indígena. Ressalta-se, que "somente décadas depois foram feitas as primeiras tentativas de proporcionar aos povos indígenas serviços de saúde de forma sistemática, assim, a iniciativa mais próxima nessa direção resultou da atuação do médico Noel Nutels[54]" (CARDOSO et al., 2013, p. 34), por meio de um plano para a defesa do índio brasileiro contra a tuberculose elaborado em 1952.

---

[53]A definição do termo "diversidade biológica" ou "biodiversidade" pode ser extraída do artigo 2 da Convenção sobre a Diversidade Biológica: "Diversidade biológica significa as variabilidades de organismos vivos de todas as origens, compreendendo, dentre outros, os ecossistemas terrestres, marinhos e outros ecossistemas aquáticos e os complexos ecológicos de que fazem parte; compreendendo ainda a diversidade dentro de espécies, entre espécies e de ecossistemas".

[54]Em 1952, Nutels elaborou um plano para a defesa do índio brasileiro contra a tuberculose, no qual destacou a importância de serem criadas barreiras sanitárias no entorno dos territórios indígenas. Dessa forma, aqueles que ingressassem em terras indígenas seriam submetidos a rigoroso controle de saúde, com ênfase nas doenças contagiosas. Nutels frisava que os problemas de saúde dos índios estavam intimamente relacionados com as condições gerais de pobreza e saúde reinantes na

Ainda na década de 50 do século XX, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso (FUNASA, 2002, p. 7). Que em verdade tratava-se da implementação do projeto do médico Noel Nutels. O SUSA infelizmente mostrou-se insuficiente diante do quadro de gravidade da saúde indígena.

Em 1967, o SPI foi declarado extinto, nesse momento foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) [55], que, baseando-se no mesmo modelo de atenção do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS) (FUNASA, 2002, p. 7), instaladas em pontos estratégicos do país e vinculadas aos escritórios regionais da Funai. Sobre a criação e extinção do SPI e o surgimento da FUNAI, as autoras Eliana E. Diehl e Esther Jean Langdon (2015, p. 217-218) asseveram que:

> Os órgãos titulares oficiais (o Serviço de Proteção aos Índios, que funcionou de 1910 até meados da década de 1960, e a Fundação Nacional do Índio/FUNAI, responsável a partir de 1967), apesar de apresentarem entre suas responsabilidades a saúde indígena, não implementaram políticas e ações realmente efetivas ou adequadas de assistência. Ao contrário, a política de integração e as frentes de colonização foram muito mais eficazes em provocar uma ruptura social, cultural, ecológica e sanitária dos povos indígenas contatados.

Conforme revelado pelas autoras, até o momento os serviços de proteção à saúde do índio apresentam-se insuficiente diante da hipercomplexidade sanitária indígena. Outro fator negativo ocorreu nas décadas de 1980 e 1990, em que “a FUNAI passou por uma fase de grande instabilidade, com frequentes mudanças políticas e estruturais. O atendimento à saúde nas áreas indígenas tornou-se ainda mais desorganizado e esporádico” (CARDOSO et al., 2013, p. 34).

Nesse sentido, A própria FUNASA (2002, p. 8) reconhece que “as iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas,

---

área rural do país. Reconhecendo a importância das doenças endêmicas (malária, tuberculose, hanseníase, entre outras), que poderiam ser facilmente transmitidas aos indígenas, o plano de Nutels incluía a implementação de medidas sociais amplas, que não se restringiam a intervenções médico-curativas nem eram exclusivas para os povos indígenas. (Cardoso et al., 2013, p. 41)

[55]Desde a criação da Fundação Nacional do Índio (Funai), em 1967, diferentes instituições e órgãos governamentais se responsabilizaram pelo atendimento aos índios. As diretrizes foram alteradas diversas vezes, mas, com exceção de casos pontuais, em nenhum momento a situação sanitária nas aldeias foi realmente satisfatória. (Fonte: https://pib.socioambiental.org)

bem como seus próprios especialistas". Em verdade, a questão sanitária indígena não recebia nenhum tratamento jurídico e político.

Destaca-se nesse contexto, com uma grande contribuição social, as Conferências, especificamente, as que foram realizadas, em 1986 (I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e VIII Conferência Nacional de Saúde, e as realizadas em 1993 (II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas e a IX Conferências Nacionais de Saúde). Porém, para melhor compreensão, elas são analisadas cronologicamente na próxima seção em conjunto com as demais conferências.

Fruto dos movimentos e forças sociais, inclusive das conferências de saúde, em 1988, conforme análise realizada neste capítulo, instaurou-se uma nova ordem jurídica e política no país, a Constituição Federal e que segundo a FUNASA, (2002, p. 8, grifo nosso):

> **Estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indíge**nas, assegurando-lhes a capacidade civil plena – tornando obsoleta a instituição da tutela - **e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena.** A Constituição também definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, **e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde**.

Em 1991, criou-se a Comissão Interinstitucional de Saúde Indígena (CISI) pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS por meio da Resolução nº 11. "O papel da CISI, desde a sua criação, é assessorar ou subsidiar o CNS na formulação e no acompanhamento de políticas públicas de saúde indígena" (DIEHL; LANGDON, 2015, p. 219). Nesse mesmo ano, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde.

Quadro 3 – Principais marcos da legislação sobre Saúde Indígena no Brasil ulterior a Constituição Federal de 1988

Ano	Normas e Documentos	Conteúdo
1990	Lei n. 8.080	Regulamentou o Sistema Único de Saúde previsto na Constituição Federal de 1988 e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde
1991	Decreto n. 23	Transfere da Funai para o Ministério da Saúde a

		responsabilidade pela coordenação das ações de saúde para os povos indígenas.
1996	Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde	Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, com indicação sobre a especificidade dos povos indígenas.
1999	Lei 9.836 ou Lei Arouca	Institui, no âmbito do SUS, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que cria regras de atendimento diferenciado e adaptado às peculiaridades sociais e geográficas de cada região.
1999	Portaria 852 do Ministério da Saúde	Cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).
1999	Portaria 1.163 do Ministério da Saúde	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no Ministério da Saúde.
2001	Portaria 479 da Funasa	Estabelece as diretrizes para a elaboração de projetos de estabelecimento de saúde, abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário, em áreas indígenas.
2002	Portaria 254 do Ministério da Saúde	Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
2002	Portaria 2.405 do Ministério da Saúde	Cria o Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas.
2004	Portaria 69 da Funasa	Dispõe sobre a criação do Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado à Funasa.
2008	Portarias GM n. 3.034 e 3.305	Criação do GT Saúde Indígena, para elaboração de propostas de um novo modelo de saúde indígena
2010	Medida Provisória n. 483 e Lei n. 12.314	Autoriza e cria a Secretária Especial de Saúde Indígena (Sesai), transferindo as ações de atenção à saúde indígena da Funasa para a Sesai integralmente no ano de 2011.

Fonte: Adaptação do autor.

Diante desse panorama sobre a saúde indígena no século XX, percebe-se a deficiência das políticas públicas sanitárias para os Povos Indígenas. Em verdade, o sistema de saúde da população brasileira em geral não se comunicava com ações destinadas para os índios. De um lado existia a FUNAI com uma baixa operacionalização e do outro existiam a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) o Ministério da Saúde, completamente dissociados da questão sanitária indígena. Por fim, também a visível e completa ignorância e ausência das práticas tradicionais de tratamento e prevenção adotas pela cultura indígena.

A próxima seção desse estudo nasce com a promessa de implantação de uma política sanitária específica baseada no princípio da atenção diferenciada, regulamentada pela Lei n. 9.836/1999 (Lei Arouca).

2.3.2. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Inicialmente, destaca-se o papel fundamental das conferências de saúde na formulação da Política Nacional de atenção à Saúde dos Povos Indígenas. As

conferências junto aos movimentos sociais possibilitaram várias conquistas no campo sanitário e a busca pela redemocratização da saúde pública no Brasil, conforme asseveram os autores Diehl e Langdon, (2015, p. 218):

> Nos anos 1980 e boa parte da década de 1990, o tema da saúde tornou-se emblemático como parte dos movimentos de redemocratização do Brasil. De um lado, as Conferências de Saúde definiram a importância da participação da sociedade civil nas instâncias de controle social em todos os seus níveis e de outro os governos trataram de estabelecer legislações que nem sempre avançavam nessa direção, como foi o caso da saúde indígena. Durante essas duas décadas não foram criadas maneiras efetivas para a participação das comunidades indígenas nos serviços locais.

Diante disso, em 1986, aconteceram em Brasília-DF a 8ª Conferência Nacional de Saúde a **1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio**. A 8ª CNS foi "um evento fundamental para a reformulação da Política Nacional de Saúde, ao aprovar as diretrizes básicas da Reforma Sanitária a ser implementada com o SUS" (CARDOSO et al., 2013, p. 44). Essa conferência, também, foi responsável pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira[56].

De outra banda, a 1ª CNSI trabalhou tendo como princípio geral "a afirmação de que a participação indígena deve ser extensiva a todos os momentos de decisão, formulação e planejamento das ações e serviços de saúde e na sua implantação, execução e avaliação" (FUNASA, 2007, p. 51). Assim, possuía o objetivo de criação de um único órgão, vinculado ao ministério responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS), para gerenciamento da saúde indígena e participação dos indígenas na formulação da política de saúde[57].

Em 1993, foi realizada a **2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena**, como parte integrante da 9ª Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Ministério da Saúde (DIEHL; LANGDON, 2015, p. 219). A 2ª CNSI buscava "definir diretrizes de uma política nacional de saúde para os povos indígenas e atualizar as

---

[56]"Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado." (Sergio Arouca, 1998)

[57]Ressalta-se, que foi nessa Conferência as primeiras discussões sobre o modelo de atenção à saúde do índio, com a participação de representantes de várias nações indígenas, órgãos públicos e organizações da sociedade civil que atuavam em apoio à causa indígena. (FUNASA, 2002, p. 9).

recomendações da 1ª Conferência Nacional de Proteção Saúde do Índio, em conformidade com o SUS" (CARDOSO et al. 2013, p. 45).

Os autores Diehl e Langon (2015, p. 218) asseveram que:

> Apesar das Conferências, não houve na década de 1990 uma política de saúde adequada que definisse ações e serviços para os povos indígenas. A responsabilidade pela saúde indígena flutuou entre a FUNAI e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), sem recursos adequados e contando com algumas missões religiosas e unidades para a prestação de cuidados de saúde às comunidades indígenas específicas.

Curiosamente, nesse mesmo sentido, a própria FUNASA (2002, p. 9) reconhece que "ela e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa". Em verdade, mesmo já estando na década de 90, a saúde indígena ainda não tinha encontrado o caminho para uma adequada efetivação.

Ainda sobre as conferências, a **3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena**, realizada em 2001, teve como objetivo principal avaliar a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e discutir questões relativas à segurança alimentar e auto-sustentação (FUNASA, 2001) [58]. Já a **4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena** foi realizada em 2006 e debateu o território dos DSEIs como espaço de produção da saúde, proteção da vida e valorização das tradições indígenas (FUNASA, 2006).

Por fim, a **5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena**, realizada em 2013 com o tema "Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada", teve como objetivo aprovar diretrizes para as ações de saúde executadas nas aldeias, por parte dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que integram o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) (SESAI, 2013).

Para uma melhor compressão, o quadro 1 contém em ordem cronológica todas as Conferências Nacionais de Saúde Indígena, principais objetivos, número de propostas.

---

[58]Seu tema foi o desdobramento do que pautou a 9a Conferência Nacional de Saúde, que a precedeu: "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena, com controle social" (FUNASA, 2007, p. 60)

Quadro 4 – Conferências Nacionais de Saúde Indígena, principais objetivos e número de propostas

Ano	Conferência	Objetivo	N. Propostas
1986	1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (Brasília, DF)	Propor e discutir diretrizes relativas à saúde indígena	22
1993	2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (Luziânia, Goiás)	Definir diretrizes de uma política nacional de saúde para os povos indígenas e atualizar as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Proteção Saúde do Índio, em conformidade com o SUS.	140
2001	3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Luziânia, Goiás)	Avaliar a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e discutir questões relativas à segurança alimentar e auto-sustentação.	157
2006	4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Caldas Novas, Goiás).	Debater a produção da saúde, a proteção da vida e a valorização das tradições indígenas no território dos DSEI.	479
2013	5ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (Brasília, DF)	Aprovar diretrizes para as ações de saúde executadas nas aldeias, por parte dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) que integram o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)	453

Fonte: Ministério da Saúde (2016)

Finalmente, a partir de todo esse processo de reforma sanitária indígena, surgiu em 1999, a lei n. 9.836 (Lei Arouca)[59], que estabeleceu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) com base nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), essa lei também acrescentou dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e "além dos princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade, participação comunitária e controle social, incluiu o princípio da atenção diferenciada" (DIEHL; LANGDON, 2015, p. 220).

Ainda em 1999, o decreto n. 3.156 regulamentou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), dispondo sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Ministério da Saúde (Cardoso et al., 2013, p. 46).

Nesse sentido, o SasiSUS possui o seguinte propósito:

[59]A lei recebeu esse nome em referência ao Sanitarista Sérgio Arouca, médico nascido na cidade de Ribeirão Preto em 20 de agosto de 1941. O conceito que define saúde como a melhoria das condições de vida da população, constituído nos alicerces da Reforma Sanitária, foi o pano de fundo da atuação de Sergio Arouca como sanitarista. Ele lutou pela universalização da saúde e foi presidente da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira que contou com grande participação popular. Com esse espírito inovador, Arouca apoiou projetos na área de medicina preventiva, numa época em que esse novo olhar para a saúde ainda não estava consolidado. Como atuante na luta pela redemocratização no país, optou por democratizar seus conhecimentos, no papel de professor de política de saúde. Assumiu a presidência da Fiocruz com o mesmo entusiasmo com o qual defendeu cargos nas três esferas de governo, privilegiando a prevenção e a democratização. (FIOCRUZ, 2016)http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html

> O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. (FUNASA, 2002, p. 15)

Dentro dos propósitos, ressalta-se a nova e "suposta visão intercultural" incorporada à saúde do índio, em outras palavras, a saúde como cultura, a cultura como direito. Desse modo, para alcançar os seus objetivos, a SasiSUS de acordo com a FUNASA (2002, p. 13), estabeleceu as seguintes diretrizes:

> 1. organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
> 2. preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
> 3. monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
> 4. articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde;
> 5. promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
> 6. promoção de ações específicas em situações especiais;
> 7. promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
> 8. promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
> 9. controle social.

A partir das diretrizes, várias necessidades emergem para o alcance da efetividade, como: a) estrutura adequada; b) profissionais com formação intercultural; c) direito de participação indígena na gestão da política sanitária; d) incorporação dos saberes tradicionais à saúde; e e) planejamento e operacionalização dos serviços. Para tanto, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foi estruturada por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). O (DSEI) é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Para o Ministério da Saúde:

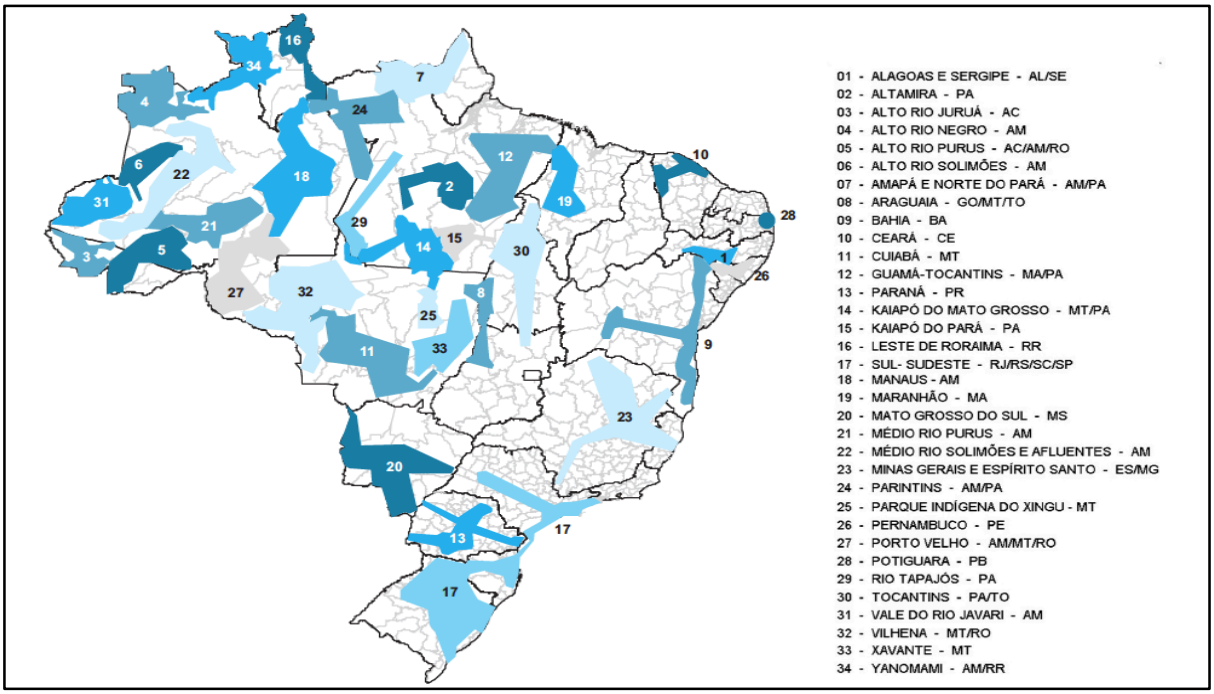
> Trata-se de um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado –, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com o Controle Social (BRASIL, 2016).

Para os autores Cardoso et al. (2013, p. 46), por meio de uma visão sistêmica, o (DSEI) é como um subsistema, que deve funcionar articulado ao SUS,

atendendo às seguintes condições: a) considerar os conceitos de saúde e doença próprios dos povos indígenas e os aspectos intersetoriais de seus determinantes; b) ser construído coletivamente a partir de um processo de planejamento participativo; c) possuir instâncias de controle social formalizadas em todos os níveis de gestão.

Conforme explica o Ministério da Saúde, no Brasil, são 34 DSEIs divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas.

Figura 2 – Mapa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)



Fonte: Ministério da Saúde (2016)

Outros departamentos foram criados junto aos DSEIs[60], como as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), formadas por profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento). E a criação dos Conselhos Locais e Distritais Sanitários de Saúde Indígena (CONDISI) para assegurar a participação indígena no planejamento e avaliação dos serviços (DIEHL;

[60]O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é organizado por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), compostos de postos de saúde dentro das Terras Indígenas, que contam com o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e dos Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan); pelos pólos-base, que incluem as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI); e pelas Casas do Índio (Casai), que apoiam os serviços de média e alta complexidade referenciados na rede do SUS (DIEHL; LANGDON, 2007, p. 20).

LANGDON, 2015, p. 220). Ressalta-se, que a estrutura de atendimento conta com postos de saúde, com os Pólos base e as Casas de Saúde Indígena (Casais), conforme figura 3.

Figura 3 – Organização do DSEI e Modelo Assistencial

Fonte: Ministério da Saúde (2016)

Porém, algumas considerações são importantes sobre os (DSEIs) e sua estrutura, a saber, o baixo índice de pesquisas é preocupante, pois desde os dezesseis anos da implantação do subsistema, “são poucas as reflexões sobre a atenção diferenciada, o papel dos agentes indígenas de saúde e a participação e controle social” (DIEHL; LANGDON, 2007, p. 21).

Os poucos trabalhos direcionados para essas reflexões são dos autores: Garnelo (2001), Erthal (2003), Oliveira (2002 e 2005), Souza Lima e Hoffman (2002) Garnelo e Sampaio (2003), Garnelo e col. (2003), Diehl e col. (2003), Marques (2003), Langdon (2004), Mendonça (2005), Bittencourt et al. (2005), Marinho (2006), Langdon e col. (2006), Cardoso et al. (2013), Diehl e Langdon (2007 e 2015).

Assim, questiona-se também os critérios territoriais usados para a implantação dos (DSEIs), em uma rápida leitura do mapa é possível observar a

gigantesca extensão territorial de cada um dos 34 (DSEIs) no Brasil, em verdade, algumas regiões chegam a ser maiores que países da Europa.

Esse cenário, estabelecido por meio da institucionalização e a burocratização revelam a centralização dos processos decisórios, alijando os conselheiros, em especial os indígenas (DIEHL; LANGDON, 2007, p. 29). No Maranhão, por exemplo, a sede da Coordenadoria Distrital de Saúde Indígena localiza-se em São Luís, capital do estado, e distante a mais de 600 (seiscentos) quilômetros de algumas Terras Indígenas (TI), como é o caso dos Povos Canela situados no sul do estado. Outras reflexões críticas serão realizadas no terceiro capítulo desse trabalho embasadas nos indicadores nacionais e locais de saúde indígena.

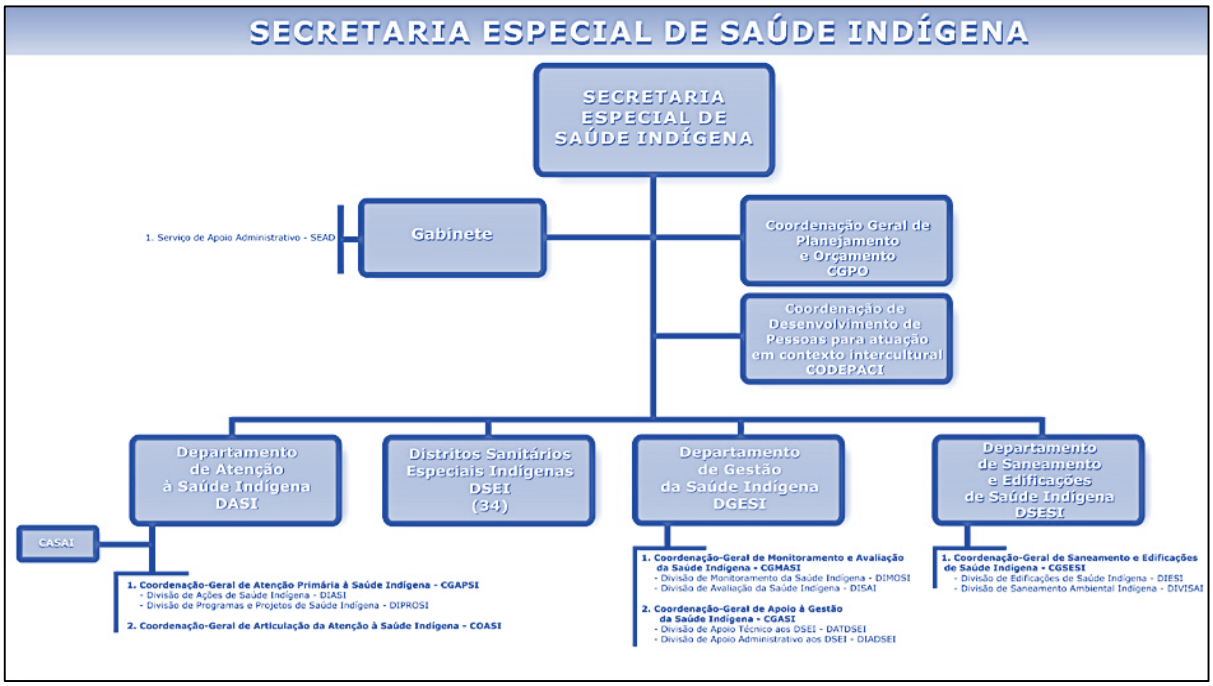
Somente em 2011, a FUNASA deixou definitivamente a gestão da saúde indígena, assim, assumindo integralmente as ações de atenção à saúde indígena e saneamento em terra indígena a Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI). Essa transferência de gestão também é uma conquista dos Povos Indígenas adquirida nas conferências de saúde, conforme assevera o próprio Ministério da Saúde, “criada em outubro de 2010, a SESAI surgiu a partir da necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no país, demanda reivindicada pelos próprios indígenas durante as Conferências Nacionais de Saúde Indígena” (BRASIL, 2016).

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), atualmente, é uma área do Ministério da Saúde responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido,

> A Sesai tem como missão principal a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e exercer a gestão de saúde indígena, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI, em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde – SUS. (BRASIL, 2016).

Para tanto, O organograma a seguir (figura 4) mostra o modelo da organização atual da SESAI.

Figura 4 – Organograma da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)



Fonte: Ministério da Saúde (2016)

Conforme o organograma, a SESAI, também, conta com alguns departamentos, como: a) o Departamento de Gestão da Saúde Indígena[61]; b) Departamento de Atenção à Saúde Indígena [62]; c) Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena[63]; e d) Pólo Base[64]. Ressalta-se, que os estados,

[61]O Departamento de Gestão da Saúde Indígena tem a responsabilidade de garantir as condições necessárias à gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS); promover o fortalecimento da gestão nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs); propor mecanismos para organização gerencial e operacional da atenção à saúde indígena; programar a aquisição e a distribuição de insumos, em articulação com as unidades competentes; coordenar as atividades relacionadas à análise e à disponibilização de informações de saúde indígena e promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena (BRASIL, 2016).

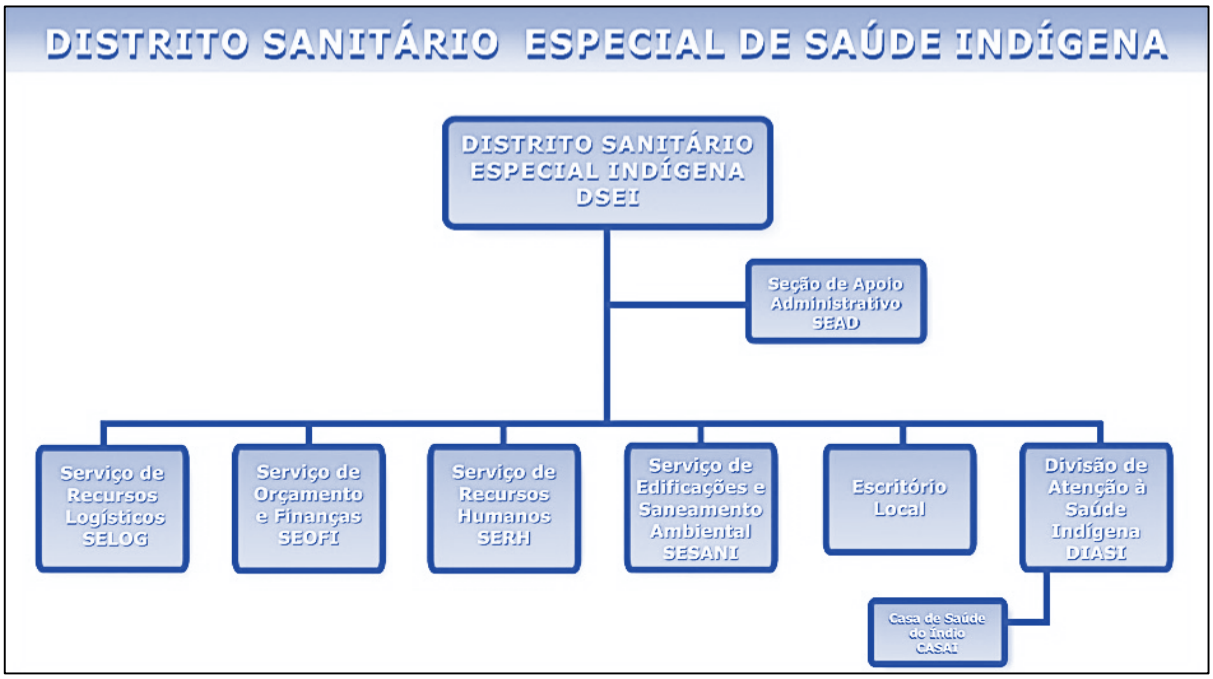
[62]O Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI) tem a missão de planejar, coordenar e supervisionar as atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas; orientar e apoiar a implementação de programas de atenção à saúde para a população indígena, segundo diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); planejar, coordenar e supervisionar as atividades de educação em saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs); coordenar a elaboração de normas e diretrizes para a operacionalização das ações de atenção à saúde nos DSEIs; prestar assessoria técnica às equipes dos DSEIs no desenvolvimento das ações de atenção à saúde; apoiar a elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena e coordenar as ações de edificações e saneamento ambiental no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.(BRASIL, 2016).

[63]O Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena tem por competência planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes a saneamento e edificações nas áreas indígenas. O departamento tem como atribuições planejar e supervisionar a elaboração e implementação de programas e projetos de saneamento, de edificações e de educação em saúde indígena, relacionadas à área de saneamento. Também é responsável por estabelecer diretrizes para a operacionalização das ações de saneamento e edificações, bem como apoiar as equipes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no desenvolvimento das ações de saneamento e edificações. (BRASIL, 2016).

municípios, organizações governamentais e não-governamentais (ONGs) podem atuar complementarmente na execução das ações (BRASIL, 2016).

Com a nova estrutura da SESAI demonstrada no organograma acima, os DSEIs também ganharam uma organização interna.

Figura 5– Organograma do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena (DSEIs)



Fonte: Ministério da Saúde (2016)

Para Cardoso et al., (2013, p. 46) “o balanço do processo de implantação do subsistema sinaliza para avanços, mas também para a permanência e até mesmo para o agravamento de muitos problemas”. Em suma, a política sanitária indígena no Brasil saiu de uma total ausência de previsibilidade legal para a criação de um o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado com base nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), com controle e gestão da Secretaria Especial de Saúde Indígena

[64]Com o objetivo de atender grande parte das demandas de saúde das comunidades indígenas, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) possuem Polos Base para o atendimento dos indígenas. Os polos são a primeira referência para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que atuam nas aldeias. Cada Polo Base cobre um conjunto de aldeias. No Brasil, os 34 DSEIs abrigam 351 Polos Base. Existem dois tipos, que são classificados de acordo com a complexidade de ações que executa: O Polo Base Tipo I caracteriza-se por sua localização em terras indígenas. Além das atividades previstas para o Posto de Saúde Tipo II. O Polo Base Tipo II localiza-se no município de referência. A sua estrutura física é de apoio técnico e administrativo à Equipe Multidisciplinar, não devendo executar atividades de assistência à saúde. Estas atividades assistenciais serão realizadas em um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de referência. (BRASIL, 2016).

(SESAI)do Ministério da Saúde, em outras palavras, a criação de uma Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas vigente na atualidade.

Destaca-se, que as mudanças no processo de criação e implantação da saúde indígena, ocorreram, principalmente, em virtude da luta social dos povos, especialmente junto as cinco conferências nacionais de saúde indígena. Porém, a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena ainda precisa evoluir para torna-se real e efetiva. Nesse sentido, acredita-se que a interculturalidade é a alternativa para democratização sanitária indígena. Portanto, a próxima seção propõe-se alocar a saúde como cultura e a cultura como direito.

2.3.3. Intercuturalidade: a saúde como cultura, a cultura como direito

Por meio de uma visão sistêmica constitucional, Sousa Filho (2008, p. 109) revela o seguinte cenário:

> No capítulo destinado à cultura, encarrega o Estado brasileiro de prestar proteção às "culturas populares, indígenas e afro-brasileiras, e das de outros grupos participantes do processo civilizatório nacional" (art. 215, § 1º). No capítulo dos índios, reconhece a organização social, costumes, línguas, crenças e tradições dos povos indígenas (art. 231). No capítulo da educação, assegura "às comunidades indígenas também a utilização de suas línguas maternas e processos próprios de aprendizagem" (art. 210, § 2º). Estes três dispositivos elevam à categoria de direitos a diferença cultural dos povos indígenas. É possível excluir deste rol a saúde? Ou, perguntado de forma mais abrangente, estarão os métodos, conhecimentos, formas e instrumentos indígenas de proteção à própria saúde excluídas desta proteção? A resposta parece ser óbvia e nem mesmo precisa ser formulada já que isso tudo faz parte inexoravelmente da cultura de um povo.

Para Souza Filho (2008), as bases fundamentais da questão sanitária indígena estão assentadas nos métodos tradicionais e culturais de tratamento e prevenção da saúde. Nesse sentido, a Lei Maior compromete-se em prestar proteção às culturas indígenas e o reconhecimento da identidade desses povos. Portanto, se a saúde faz parte cultura e a cultura é direito constitucionalmente reconhecido, logo, os Povos Indígenas possuem o direito a saúde com a inclusão dos seus métodos, conhecimentos, formas e instrumentos indígenas de proteção à própria saúde.

Assim, a Política Nacional de atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve ser discutida a partir de um contexto intercultural. Para tanto, é necessário um devido

cuidado, para a interculturalidade não ser confundida ou ainda mal aplicada. Para Luciane Ouriques Ferreira (2015, p 223), no campo da saúde indígena, “a noção de interculturalidade geralmente é empregada para caracterizar os contextos da atenção, as relações e os processos comunicativos estabelecidos no contato entre duas culturas diferentes – a indígena e a ocidental”.

Porém, Ferreira (2015, p 224) alerta que“as definições atribuídas a essa noção, em geral, são múltiplas e conceitualmente imprecisas, conformando-a como uma categoria discursiva polissêmica”. Logo, na realidade sanitária indígena, erroneamente, a interculturalidade é equivalente à noção de atenção diferenciada e ao princípio de articulação entre sistemas sociomédicos distintos.

Nesse viés, embora o Ministério da Saúde reconheça que “a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença” (FUNASA, 2002, p. 17), mas o próprio Ministério da Saúde, por meio da extinta FUNASA, assevera que deve ser estabelecida uma “articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde”.

No entanto, conceituar e aplicar a interculturalidade ultrapassa uma articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde junto aos sistemas modernos. Esse entendimento já é defendido em pesquisas sobre saúde indígena, onde constatam que as articulações entre sistemas e “o modelo assistencial implantado nos distritos segue a lógica da produção de serviços, centrado na concepção médico-curativa e na tecnificação da assistência” (PELLEGRINI, 2009, p. 100-101).

Diante desse contexto, evidencia-se um questionamento: qual a definição de interculturalidade adotada pelo Estado? Para tanto, em um estudo sobre “La interculturalidad en Chile: entre culturalismo y despolitización”, realizado pelo autor Guillaume Boccara (2015, p. 215), revela que:

> Tienden a reproducir los mecanismos mediante los cuales el Estado, en tanto que entidad teológica que existe a través de la creencia y que produce actos de categorización, se impone como ortodoxia. Tienden a participar de la producción y canonización de las categorías producidas por el Estado en lugar de tomarlas como objetos de estudio. En cambio, emprender el análisis de la interculturalidad en tanto que campo social burocrático es mostrar que es en este espacio que tienden a definirse los principios dominantes y legítimos de visión y de división del mundo social. Es através

> de la implementación de la interculturalidad que se tiende no sólo a gobernar a los pueblos indígenas sino que a producirlos en tanto que pueblos indígenas. Los censos, talleres y programas interculturales, la literatura administrativa sobre las culturas indígenas, la nominación de especialistas en interculturalidad, los diagnósticos socioculturales o la capacitación de funcionarios públicos no sólo sirven para medir y conocer a los gobernados sino que producen las categorías legítimas de la nueva sociedad multicultural y pluriétnica del Chilena neoliberal. Estas categorías deben ser universalmente reconocidas y llegar a constituir un nuevo sentido común, nuevas evidencias que no se discuten, la nueva doxa del multiculturalismo neoliberal o del neoliberalismo multicultural. La perspectiva que hemos adoptado en este trabajo consiste por lo tanto en desnaturalizar y develar los mecanismos mediante los cuales se produce esta impostura legitima llamada Estado pluricultural.

No contexto do Estado brasileiro, a política pública de saúde indígena, apresenta características intrigantes, pois "apesar de não aderir abertamente à perspectiva integracionista e definir a relação entre as medicinas indígenas e os serviços de saúde em termos de articulação de sistemas sociomédicos". Logo, evidencia-se que o sistema operacionalizado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) é extremamente obscuro, pois "não esclarece sobre os meios através dos quais essa articulação pode ser efetivada. Do mesmo modo, não deixa claro o que entende pelo princípio de atenção diferenciada e com qual definição de interculturalidade está operando" (FERREIRA, 2015, p 223).

Para Langdon (2006, p. 9), "a atenção diferenciada supõe que profissionais de saúde devem considerar a particularidade cultural da comunidade indígena e respeitar as práticas de saúde tradicionais". O subsistema de saúde indígena precisa conformar-se com o contexto intercultural. Para tanto, requer profissionais qualificados com uma gestão de trabalho capaz de compreender e refletir sobre o modo de vida que cada comunidade indígena adota, e, por conseguinte, respeitar as práticas tradicionais e culturais adotadas pela medicina indígena. Assim, promover reais e efetivas relações assimétricas de poder constitutivas dessa zona de contato[65].

Ainda sobre interculturalidade, a Confederação de Nacionalidades Indígenas do Equador (CONAIE), assevera que:

---

[65]Ao não desenvolver conceitualmente a noção de interculturalidade, a PNASPI a transforma em um adjetivo que qualifica de maneira irrefletida o campo da saúde indígena, sem atentar para as relações assimétricas de poder constitutivas dessa zona de contato. Essa imprecisão conceitual contribui para a emergência de uma multiplicidade de entendimentos sobre o tema – entendimentos esses, muitas vezes, pautados em imagens estereotipadas acerca dos povos indígenas e de suas respectivas culturas (FERREIRA, 2015, p 223).

> El principio de la interculturalidad respeta la diversidad de pueblos y naciona-lidades indígenas y demás sectores sociales ecuatorianos, pero a su vez demanda la unidad de estas en el campo económico, social, cultural y político, en aras de transformar las actuales estructuras y construir un nuevo Estado plurinacional, en un marco de igualdad de derechos, respeto mutuo, paz y armonía entre nacionalidades. (CONAIE, 1997)

Para autora Walsh (2014, p. 51), o posicionamento da CANAIE “cambiaron radicalmente este sentido, llevando a la interculturalidad más allá de la educación y de la responsabilidad indígena y poniéndola claramente en la esfera pública, política y social”. Nesse sentido, a luta pelo reconhecimento dos direitos indígenas deve ser cotidiana, pois é evidente a prevalência de uma verdade universal que domina, segrega e oprime os Povos Indígenas. No campo da saúde, esse cenário pode ser observado por meio da implementação de um modelo assistencial de proteção sanitária padronizado na tecnificação dos procedimentos e desconsideração dos saberes tradicionais.

Assim, para Mauricio Martins Reis e Raquel Fabiana Lopes Sparemberger (2016, p. 171), “a perspectiva “crítica” de interculturalidade não se traduz simplesmente na convivência passiva com as diferenças, tolerando-as, mas na busca pela construção do novo a partir das próprias diferenças e buscando a ruptura da lógica da colonialidade”. Logo, política sanitária indígena deve promover a construção de um sistema de saúde que respeite as diferenças de cada comunidade indígena, rompendo completamente com os marcas deixadas pela colonialidade.

Ressalta-se, que especialmente para os Povos Indígenas a interculturalidade “fue así entendida por las organizaciones indígenas como herramienta necesaria en el de(s)colonizar, un instrumento impulsor tanto de intervención y transformación como de creación de condiciones de relación diferentes” (WALSH, 2014, p. 51).Portanto, se a política pública de saúde indígena pretende materializar o princípio da atenção diferenciada e seguir a visão de colonial, ela deve recorrer a interculturalidade para eliminar as verdades universais.

3 INDICADORES NACIONAL DE SAÚDE: A INTERFACE DA SAÚDE INDÍGENA

O perfil de saúde dos povos indígenas é muito pouco conhecido, o que decorre da exiguidade de investigações, da ausência de inquéritos e censos, assim como da precariedade dos sistemas de informações sobre morbidade e mortalidade.

Carlos Everaldo Alvares Coimbra Junior e Ricardo Ventura Santos

A interface da saúde indígena ganha contornos expressivos no âmbito da sociedade de risco. Para tanto, a análise dos indicadores de saúde é uma alternativa para desvendar a complexidade sanitária e a eficiência da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Ressalta-se que esses indicadores não podem ser analisados isoladamente, uma vez que a o direito sanitário, como um sistema social, comporta-se como um subsistema do sistema jurídico. Dito em outras palavras, as conclusões dos dados apresentados devem ser comparadas com os indicadores nacionais de saúde não indígena e os aspectos socio-culturais desses povos.

Nesse sentido, esse capítulo será desenvolvido, no primeiro momento por meio dos indicadores nacionais de saúde indígena, assim, analisando e demonstrando a carência de dados demográficos e epidemiológicos. Ressalta-se, que serão trabalhados os indicadores demográficos, indicadores socioeconômicos, indicadores de mortalidade, indicadores de morbidade, indicadores de fatores de risco e proteção, indicadores de recursos e indicadores de cobertura.

Em um segundo momento, será realizado um estudo local sobre os Povos Canela no Estado do Maranhão a partir da caracterização desses povos, do histórico dos conflitos de proteção sanitária nas aldeias Escalvado e Porquinhos, bem como através dos dados inéditos fornecidos pelo Ministério da Saúde sobre os indicadores de saúde local. Por fim, será tratado sobre os desafios da sociedade brasileira para a garantia do direito à saúde da população indígena na sociedade de risco.

3.1 Reflexões dos Indicadores Nacional de Saúde Indígena: a Carência de Dados Demográficos e Epidemiológicos

Inicialmente, reserva-se esse espaço para tratar sobre a carência de dados demográficos e epidemiológicos fornecidos pelos órgãos oficiais de gestão de

saúde[66].Trata-se de uma invisibilidade sanitária desses povos, onde próprio Ministério da Saúde relata essa situação no documento publicado em 2002 sobre a de Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas:

> Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde... [dos povos indígenas], mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviço de atenção à saúde dos povos indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira geral. "O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis. (FUNASA 2002, p. 10).

Essa declaração do Ministério da Saúde em 2002 colabora com o histórico complexo da questão sanitária indígena e a "invisibilidade epidemiológica e demográfica" dos povos indígenas (COIMBRA JR.; SANTOS, 20-?)[67]. Somente em 2010 a FUNASA apresentou um relatório sobre a "Vigilância em Saúde Indígena Síntese dos Indicadores". (FUNASA, 2010). Ainda em 2010 foi lançado o "I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos povos indígenas do Brasil".

Outra fonte de informações é o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) que agrupa os dados epidemiológicos dos 34 distritos sanitários e foi desenvolvido em conjunto com Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Outros sistemas importantes são o Hórus (Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica) e o SISABI (Sistema de Informação de Saneamento em Áreas Indígenas).

Ressalta-se, que com a saída definitivamente em 2011 da FUNASA frente à gestão da saúde indígena e a transferência de responsabilidades para a Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI), anualmente são fornecidos os Relatórios de

---

[66]Com base nos dados disponíveis, não é possível caracterizar de forma satisfatória as condições de saúde dos povos indígenas, dado que estão ausentes os elementos quantitativos necessários para embasar análises abrangentes e sofisticadas. Em geral, é difícil ir além da compilação de estudos de casos específicos, muitos dos quais oriundos da Amazônia. Não obstante, restam poucas dúvidas de que as condições de saúde dos povos indígenas sinalizam para uma considerável situação de vulnerabilidade, colocando-as em desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade nacional (COIMBRA JR; SANTOS, 20-?, p. 3).

[67]É praticamente impossível definir padrõesepidemiológicosgeneralizáveis ou construir indicadores de saúde que consigam englobar a enorme diversidade existente entre as populações nativas brasileiras. Dificuldade adicional para se conhecer os perfis de saúde dos indígenas no Brasil diz respeito à falta de informaçõesdisponíveis sobre eventos vitais (nascimentos e mortes) e sobre as principais causas de adoecimento. Até pouco tempo atrásnão se dispunha de um sistema de informação destinado a coletar dados sobre eventos de saúde nestas populações, fato que impede qualquer inferência sobre tendências temporais(BASTA et al., 2010, 93).

Gestão. Porém, os dados são de cada ano em exercício e representam apenas os indicadores de desempenho operacional e prestação de contas.

Iniciando a análise sobre dados, o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena, realizado entre 2008-2009, visitou 113 aldeias em todo o país, tendo entrevistado 6.692 mulheres e 6.128 crianças. As principais informações correspondem as condições de saneamento e a saúde e nutrição da criança e da mulher indígena. Para a (GENIOLE, 2011, p. 43), “os resultados do inquérito revelam diferenças importantes entre os perfis de saúde de indígenas das diferentes macrorregiões do país”.

No tocante as condições de saneamento, o relatório revelou que somente 19% dos domicílios indígenas em todo o país dispõem de banheiro dentro de casa; 30,6% dos respondentes indicaram defecar fora de casa, no “mato”; e 50% das latrinas estão localizadas fora de casa. Na Região Norte, apenas 0,6% dos domicílios indígenas possuía instalação sanitária dentro de casa.

Relacionado à origem da água usada no cotidiano para beber, há uma importante diversidade considerando o conjunto das macrorregiões, com as frequências mais elevadas para as categorias “torneira fora de casa de uso do domicílio” (36,6%) e, secundariamente, “torneira dentro de casa” (19,1%) e “outros” (14,2%). Coimbra Jr. (2014, p. 857) alerta que “em todo o país, 55% dos domicílios indígenas usam poço artesiano como fonte para obtenção de água”.

Quanto ao lixo doméstico, em aproximadamente 80% dos domicílios investigados, consideradas todas as macrorregiões, o lixo é predominantemente enterrado. A segunda categoria mais frequente, ainda que reduzida, é lixo “coletado por serviço de limpeza” (13,0%). No Norte (85,8%), Centro-Oeste (98,6%) e em menor escala no Sul/Sudeste (74,6%), a maioria absoluta é de domicílios com lixo enterrado. No Nordeste há importante participação de lixo “coletado por serviço de limpeza” (37,7%) e “enterrado” (58,5%).

Em suma, Coimbra Jr. (2014, p. 857) assevera que:

> O Inquérito Nacional põe em evidência a larga desvantagem que separa as comunidades indígenas das não indígenas no país, sendo marcante a deficiência de saneamento básico, mesmo em regiões onde o acesso às comunidades é facilitado por estradas e as mesmas estão situadas próximas a centros urbanos.

Já referente a saúde e nutrição da criança e da mulher indígena, os resultados do inquérito mostram que que a desnutrição é um dos principais problemas de saúde pública das crianças menores de cinco anos, pois cerca de um quarto (25,7%) das crianças examinadas apresenta *déficit* de crescimento para idade sendo que, na região Norte, a prevalência de déficit estatural chega a 40,8%. Especificamente, sobre a mulher indígena no Brasil, o Inquérito Nacional revelou um cenário no qual, assim como o da criança, o campo nutricional assume preponderância. “No entanto, ao invés de desnutrição, o estado nutricional da mulher indígena é marcado pelo excesso de peso – 46% das mulheres pesquisadas apresentaram sobrepeso ou obesidade” (COIMBRA JR., 2014, p. 858).

Conforme já mencionado, outro importante documento sobre saúde indígena publicado no Brasil até hoje, trata-se do relatório sobre a “Vigilância em Saúde Indígena Síntese dos Indicadores” que reuniu os principais indicadores. Nesse sentido, para análise optou-se por destacar componentes chave: i) taxa de mortalidade infantil geral e por regiões; ii) principais causas de mortalidade em indígenas no Brasil.

Referente a as taxas de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) em povos indígenas, verificou-se que no ano 2000 estimava-se a morte de pelo menos 74,6 dessas crianças, já em 2009 esse número reduziu para 41,9. Na análise por regiões o centro-oeste apresenta em 2009 a maior taxa de mortalidade com 48,3, seguido da região norte com 47,3. A Tabela 1 a seguir, reúne informações entre o período de 2000-2009.

Tabela 3 - Taxa de mortalidade infantil indígena, Brasil e Regiões, 2000-2009

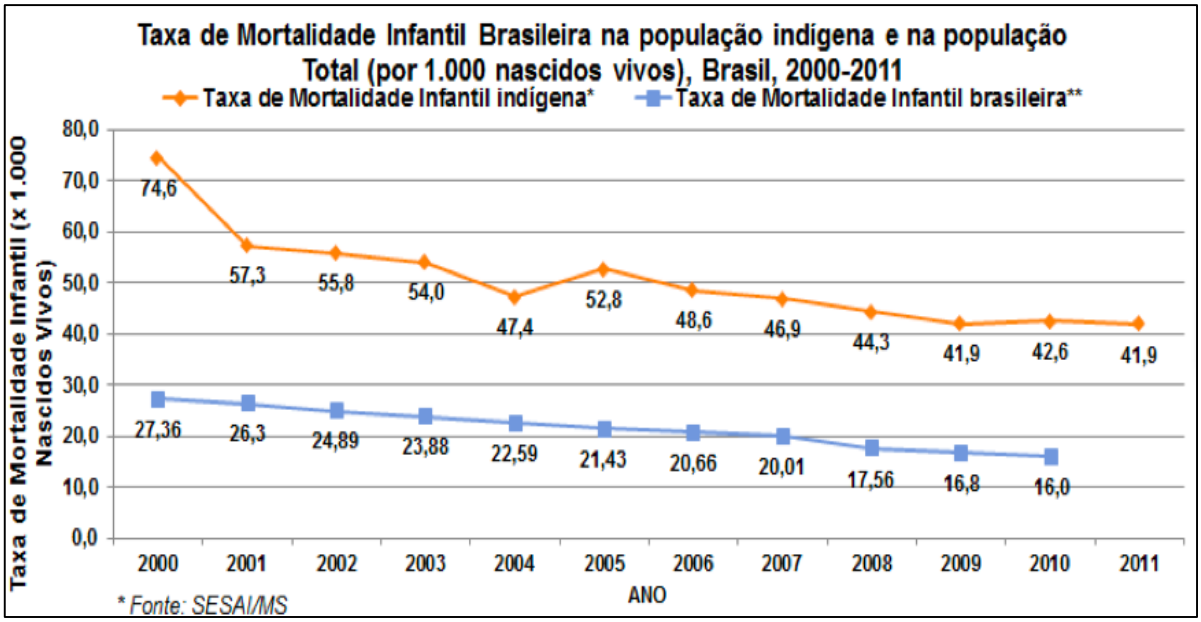
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variação % 2000/2009
Brasil	74.6	57.3	55.8	54.0	47.4	52.8	48.6	46.9	44.3	41.9	-43.8
Centro-Oeste	95.3	76.7	58.7	59.2	62.1	63.1	46.1	48.8	45.9	48.3	-49.4
Nordeste	76.6	49.4	43.8	43.7	36.2	34.2	45.5	33.3	28.9	27.2	-64.5
Norte	62.3	50.2	64.0	58.7	44.8	57.2	53.0	57.6	48.8	47.3	-24.1
Sul-Sudeste	96.0	57.7	36.9	39.1	44.2	41.1	37.7	19.0	47.0	31.2	-67.5

Fonte: DSEI, SESAI, FUNAI

Ressalta-se que o Coeficiente de Mortalidade Infantil[68] (CMI) é um dos mais tradicionais e úteis indicadores de saúde. Assim, embora esses dados demonstrem um avanço no combate à mortalidade infantil indígena, por meio de uma variação de -43,8% no Brasil, mas quando comparado com as taxas de mortalidade infantil da população não indígena, os dados revelam um cenário alarmante e de iniquidade. O gráfico 1, logo exposto, colabora com essa tese, apresentando as taxas consolidadas de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) em povos indígenas e população não indígena do Brasil entre 2000 a 2011.

[68]O coeficiente de mortalidade infantil expressa o número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaçogeográfico, no ano considerado e se propõe a estimar a probabilidade de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida (BASTA et al., 2010, 68).

Gráfico 1 - Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) em povos indígenas e população não indígena, Brasil, 2000 a 2011



Fonte: Adaptação do autor - Ministério da Saúde.

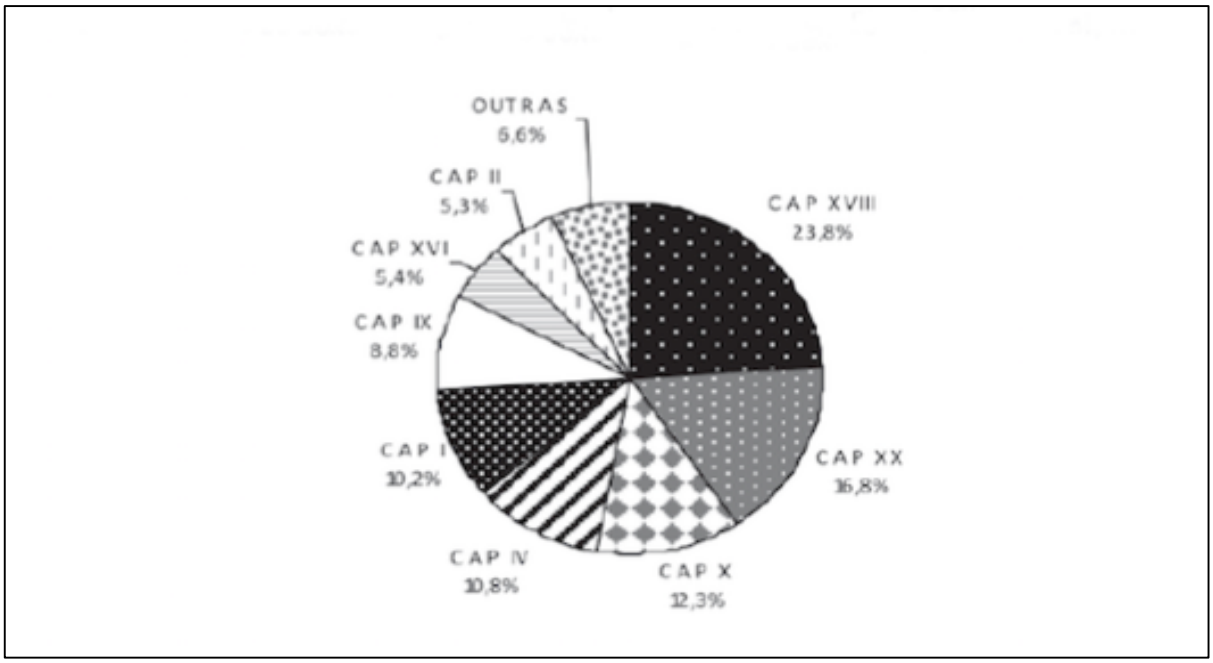
Em uma publicação no ano de 2015, intitulada como “Os índios que não fazem aniversário”, o Jornal *El País* afirmou que “em 13 anos, 9.663 crianças morreram nas aldeias brasileiras antes de completar um ano”. Portanto, ainda que o Brasil tenha diminuído as taxas de mortalidade infantil indígena, os números ainda demonstram o abismo entre a realidade sanitária indígena infantil e realidade sanitária da população não indígena. Ressalta-se, que os indicadores não devem ser analisados isoladamente, a vertente de análise deve ser global. Questiona-se aqui o motivo de ainda morrerem no país mais que o dobro de crianças indígenas do que a população infantil em geral[69].

Nesse sentido, as principais causas de mortalidade em indígenas no Brasil, é outro quadro que merece ser exposto. Pois os dados disponibilizados apontam para um elevado percentual de mortes por causas mal definidas, denotando insuficiente assistência à saúde dos indígenas. A seguir, o gráfico 02 apresenta informações sobre a distribuição percentual das principais causas de mortalidade em indígenas

[69]Os valores dos CMI encontrados entre as criançasindígenas brasileiras são, inclusive, superiores aos reportados para outros segmentos, historicamente desprivilegiados, da sociedade nacional como as crianças de cor ou raça negra que apresentam valores de 34,9 por mil nascidos vivos (IBGE, 2005).

no Brasil (ambos os sexos), segundo a classificação por capítulos da CID-10[70] no ano de 2002.

Gráfico 2 – Distribuição percentual das principais causas de mortalidade em indígenas no Brasil (ambos os sexos), segundo a classificação por capítulos da CID-10, Brasil, 2002.



Fonte: DESAI/FUNASA, Brasília, Distrito Federal, 2003

Conforme observado no gráfico 2, a principal causa de morte foi tributada ao conjunto de “causas mal definidas” (Cap. XVIII = 23,8%), seguida pelas “causas externas de morbidade e de mortalidade” (Cap. XX = 16,8%), pelas “doenças do aparelho respiratório” (Cap. X = 12,3%), pelas “doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” (Cap. IV = 10,8%) e pelas “doenças infecciosas e parasitárias” (Cap. I = 10,2%) (BASTA et al., 2010).

Basta et al. (2010) ainda chamam atenção para as doenças predominantes na população indígena: a) infecciosas e parasitárias (Tuberculose, Malária, Hepatites virais, Infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas e parasitismo intestinal); b) Doenças crônicas não transmissíveis e doenças e agravos relacionados ao estado nutricional; c)Doenças e desordens sociais (Alcoolismo, Suicídio); d) Saúde bucal dos grupos indígenas do Brasil. Destaca-se que as doenças infecciosas e

[70]Trata-se da Décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Trata-se de um sistema internacional de classificação e categorização de entidades mórbidas, que visa agrupar um determinado conjunto de afecções, em uma linguagem universal, de modo a facilitar a sua aplicação com fins epidemiológicos, estatísticos e de gestão de recursos administrativos na área de saúde. Neste texto foi priorizada a apresentação e discussão dos dados, segundo a classificação por capítulos da CID-10. (BASTA et al., 2010, 65).

parasitárias são a principal como as principais causas de morbidade e mortalidade entre os indígenas no Brasil[71].

As condições de saúde dos povos indígenas ainda é uma incógnita em sua totalidade, pois os poucos dados revelam apenas alguns traços da interface indígena, mas esses traços já apontam para uma situação de vulnerabilidade sanitária. Nesse sentido, assevera-se que:

> Com base nos dados disponíveis, não é possível caracterizar de forma satisfatória as condições de saúde dos povos indígenas, dado que estão ausentes os elementos quantitativos necessários para embasar análises abrangentes e sofisticadas. Em geral, é difícil ir além da compilação de estudos de casos específicos, muitos dos quais oriundos da Amazônia. Não obstante, restam poucas dúvidas de que as condições de saúde dos povos indígenas sinalizam para uma considerável situação de vulnerabilidade, colocando-as em desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade nacional (COIMBRA JR; SANTOS, 20-?, p. 4)

Ante os aspectos gerais apresentados pelos indicadores nacionais de saúde indígena, o próximo tópico dessa pesquisa tem como fito estudar conflitos e indicadores de saúde indígena em uma realidade a nível local junto aos Povos Canela no Estado do Maranhão. Pretende-se verificar qual o grau de correspondência da realidade local de uma determinada etnia com a realidade nacional dos Povos Indígenas.

3.2. Comunidade Indígena Canela no Estado do Maranhão: A (In) Efetividade do Direito e das Políticas De Saúde

No tocante as informações gerais sobre censo demográfico, conforme dados fornecidos pelo IBGE[72], no Estado do Maranhão a presença indígena é muito significativa. São aproximadamente 35.272 (trinta e cinco mil e duzentos e setenta e duas) pessoas autodeclaradas índios, sendo que, pelo menos, cerca de 25.000 (vinte e cinco mil) pessoas ainda residem nas comunidades locais. Assim, face aos dados nacionais, o Maranhão possui a 9ª (nona) maior população indígena do país, representando o percentual de 4,3% da população indígena do Brasil. Ademais, em

[71]Apesar da ocorrência de importantes modificações no perfil de saúde e adoecimento dos povos indígenas no Brasil, especialmente nas últimas quatro décadas, o conjunto de doenças infecciosas e parasitárias continua sendo uma das principais causas de adoecimento e morte (BASTA et al., 2010, 66).

[72]Fonte: IBGE – Os indígenas no Censo Demográfico 2010, disponível em http://indigenas.ibge.gov.br.

termos territoriais, o estado ainda apresenta problemas no tocante a regularização das áreas indígenas, aguardando processos de reconhecimento. (IBGE, 2010).

Ressalta-se, segundo dados do Governo Estadual[73], que o estado possui nove nações indígenas diferenciadas entre si, tanto cultural quanto linguisticamente. Elas estão agrupadas em dois troncos: **Tupi Guarani** e **Macro Jê**. Do tronco **Tupi Guarani** os povos classificados são os Tentehar/Guajajara, Ka'apor e Awa/Guajá e os do tronco **Macro Jê** são os povos Krikati, Pukobiê/Gavião, Ramkokamekra/Canela, Apaniekra/Canela, Krepunkatyê e os Krenjê. Os povos classificados no tronco linguístico Macro Jê, também são conhecidos como os povos Timbira do Maranhão. (ESTADO DO MARANHÃO, 2010).

Dentre os diversos povos formadores do tronco Macro Jê (nação Timbira), há os Canela, cuja denominação foi utilizada pelos brasileiros para conceituar, de maneira unificada, os Ramkokamekrá, os Apanyekrá e os Kenkateyê a partir do século XVIII. Portanto, o recorte adotado para a análise da Política Nacional de Saúde Indígena será por meio dos Povos Canela.

3.2.1 Caracterização

A composição histórica, cultural, demográfica, linguistica e morfologica dos Povos Canela já foi objeto de grandes estudos científicos, especialmente nas literaturas de (Paula Ribeiro, 1841; Nimuendajú, 1946; Crocker, 1990; Azanha, 1986; Macena, 2007; Almeida, 2009). Nesse sentido, o objetivo dessa seção não é promover um esgotamento da temática, em verdade o objetivo consiste em realizar uma caracterização geral para melhor compreensão e justificativa dos indicadores de saúde indígena.

Conforme mencionado, a formação dos Canela ocorreu por meio da unificação dos Ramkokamekrá (tribo de almecega sobre a água), os Apanyekrá (filhos da piranha) e os Kenkateyê. "Os Kenkateyê se dispersaram no ano de 1913, após um ataque de fazendeiros locais, em que a maioria dos homens adultos foram mortos em represália aos constantes roubos de gado efetuados pelos Kenkateyê" (MACENA, 2007, p. 25). Nesse sentido, os órgãos oficiais de gestão indigenista atualmente adotam a nomenclatura para os povos de Canela/Ramkokamekrá e Canela/Apanyekrá.

[73]Fonte: Governo do Estado do Maranhão, disponível em http://www.ma.gov.br.

No tocante ao nome Canela, sua origem pode possuir várias explicações. A autora Mônica Almeida (2009) explica que segundo Nimuendajú (1946) sugere-se que se originou do nome de uma colina, serra da Canela. Ressalta-se, que o Capitão Paula Ribeiro (1841), utilizou a expressão “Caneas finas”, mas revela desconhecer a etmologia do termo. Por fim, Croker (1990) utiliza tal termo por ser o mais correto, tanto nas instituições relacionados aos índios quanto por ser o nome pelo qual muitos se autodenominam.

Os Canela fazem parte do tronco Macro Jê (nação Timbira), assim, falantes da língua Jê juntamente com os outros quatro povos que compõem esse mesmo tronco (Krikati, Pukobiê/Gavião, Krepunkatyê e os Krenjê). Logo, esses povos compartilham os mesmos repertórios culturais, a forma circular da aldeia com os caminhos radiais e o pátio central, lugar onde ocorrem as decisões políticas da aldeia; praticam a corrida de toa (figura 6); apresentam o mesmo corte dos cabelos com sulcos horizontais e falam línguas semelhantes (ALMEIDA, 2009, p 26).

Figura 6 – Homens Canela Ramkokamekrá em uma corrida de toras

Foto: William Crocker, 1975.

Mesmo diante das inúmeras dificuldades que se impõem à produção de um censo das populações indígenas no Brasil, a SESAI por meio do Sistema de

Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)[74], é o único órgão oficial que disponibiliza relatórios dos dados populacionais mais recentes dos Canela. No ano de 1990, a FUNAI estimava a população total em 833 pessoas, já em 2000 esse número cresceu para 1.387 pessoas. Em 2012, a FUNASA/Palmas atualizou os dados para o total de 2.103 pessoas. Atualmente, o último registro pertence a SESAI em 2013, estimando-se o total de 2.975 pessoas.

Tabela 4 – Dados Demográficos dos Canela em População Residente

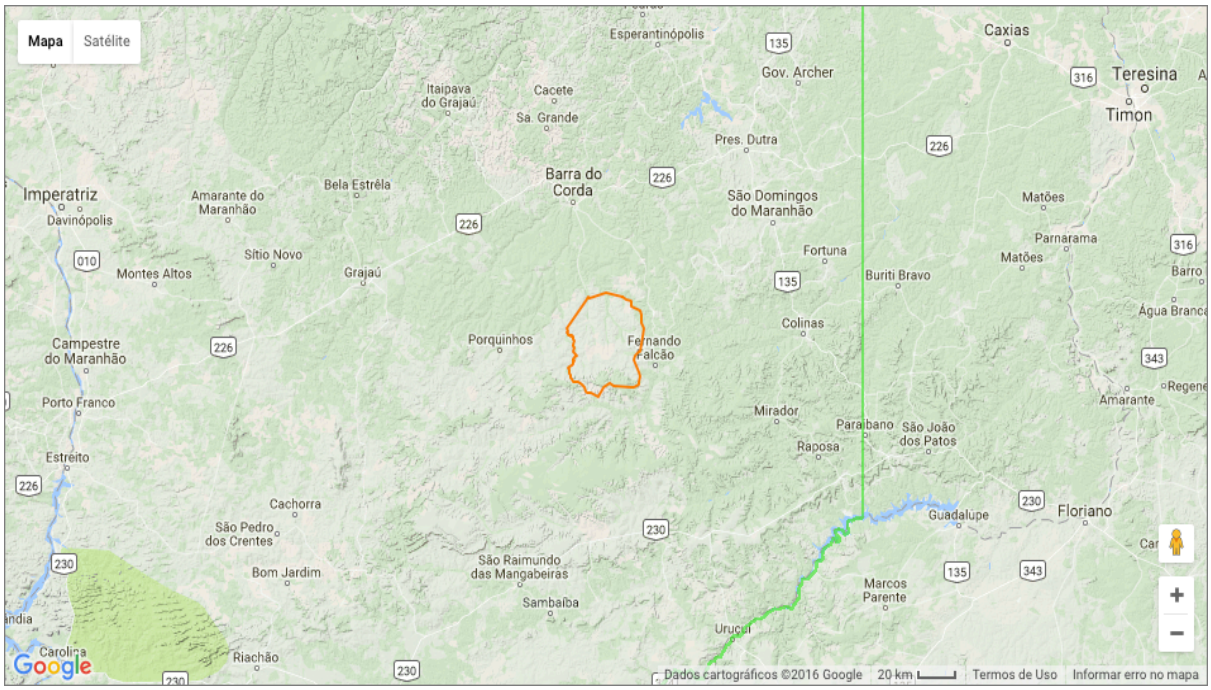
ANO	SEXO	ETNIA	POPULAÇÃO RESIDENTE					
			< 1 Ano	1 - 4 Anos	5 - 14 Anos	15 - 49 Anos	> 50 Anos	Total
2013	Masculino	Canela	0	105	95	79	15	294
2013	Masculino	Canela Apanyekrá	0	12	65	140	36	253
2013	Masculino	Canela Ramkokamekrá	0	26	292	532	99	949
2013	Feminino	Canela	0	115	63	75	17	270
2013	Feminino	Canela Apanyekrá	1	10	61	161	34	267
2013	Feminino	Canela Ramkokamekrá	0	30	274	543	95	942
TOTAL			1	298	850	1530	296	2975

Fonte: Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), Dados Demográfico (2013)

A tabela apresenta dados demográficos inéditos no ano de 2013 sobre os Canela. Ressalta-se, a importância dessas informações para a gestão e o controle da política de saúde. Por meio desses dados é possível analisar os indicadores de saúde e definir ações sanitárias. Para tanto, essa análise será realizada na seção sobre os resultados e discussões.

[74]O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) é composto de dados primários vindos da atenção primária à saúde prestada pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), gerenciado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) do Ministério da Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

Figura 7 – Mapa da Localização da Terra Indígena Canela Aldeia Escalvado (Ramkokamekrá)

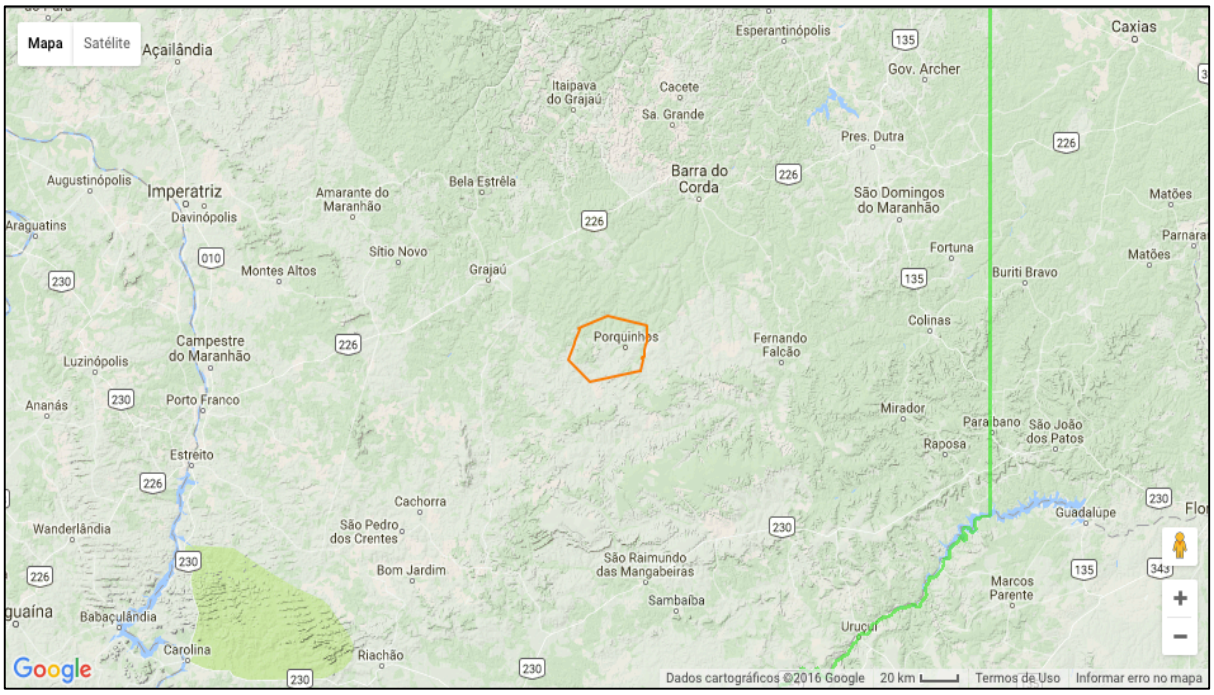


Fonte: Google Mapas

Os Canela estão localizados na principal aldeia Ramkokamekrá (Escalvado) no novo município de Fernando Falcão – MA. Também é conhecida pelos sertanejos e moradores de Barra do Corda (cidade ao lado) como Aldeia do Ponto e localiza-se em torno de 70 km a sul-sudeste dessa cidade, no estado do Maranhão. Destaca-se, que a Terra Indígena Canela encontra-se devidamente homologada e registrada. Os Canela/Ramkokamekrá vivem a cerca de 50 quilômetros de distância dos Canela/Apanyekrá[75].

[75]Fonte: https://pib.socioambiental.org

Figura 8 – Mapa da Localização da Terra Indígena Porquinhos Aldeia Porquinhos (Apanyekrá)



Fonte: Google Mapas

No que diz respeito aos Apanyekrá, a regularização da Terra Indígena Porquinhos aconteceu no começo da década de 1980. A aldeia principal encontra-se a cerca de 80 Km a sudoeste do município de Barra do Corda e 45 Km a oeste da aldeia Ramkokamekrá de Escalvado. Está a leste do município de Grajaú, separada por 75 Km de área de cerrado facilmente transponível[76].

[76]Fonte: https://pib.socioambiental.org

Figura 9 – Vista aérea da AldeiaEscalvado (Ramkokamekrá)

Foto: Ray Roberts Brown, 1970.

Figura 10– Vista da Aldeia Porquinhos (Apanyekrá)

Foto: Jaime Siqueira Jr./CTI, 1993

Nas figuras (7 e 8) é possível verificar a forma de organização das aldeias. Na aldeia Escalvado (Ramkokamekrá) aponta que uma importante característica da

sociedade canela seria a divisão da aleia em duas metades, ou partidos. O autor Macena (2007, p. 30) explica que o partido “de cima” *Kájktejê*, “consiste nas pessoas que moram no lado em que o sol nasce, enquanto que o partido *Harãktejê*, que representa o partido “de baixo”, é formado pelos moradores das casas localizadas do lado me que o sol se põe na aldeia”. Ressalta-se, que os dois grupos possuem atribuições e privilégios diferentes dentro da organização política e hierárquica da aldeia.

Quanto a gestão, atualmente a Coordenação Regional Araguaia (CR) da FUNAI em Palmas – TO é a responsável pelos Povos Canela. Essa CR localiza-se a cerca de mais de 800 quilômetros de distância das aldeias Escalvado (Ramkokamekrá) e Porquinhos (Apanyekrá). Essa distância inviabiliza todo o processo de gestão indígena e atrofia a participação desses povos na tomada de decisões.

Embora CR da Funai responsável pelos povos Canela seja a Araguaia com sede em Palmas no estado do Tocantins, mas Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) da SESAI responsável está localizado na cidade de São Luís, no estado do Maranhão a cerca de mais de 400 quilômetros distante da Terra Indígena. Em verdade, os dois principais órgãos oficiais de gestão indígena estão completamente dissociados e distantes.

Destaca-se, que das 21 Terras Indígenas maranhenses, os Povos Canela são os únicos localizados no Estado do Maranhão que não estão sob a gestão e responsabilidade da CR estadual localizada na cidade de Imperatriz e distante apenas a cerca de 300 quilômetros das aldeias Escalvado (Ramkokamekrá) e Porquinhos (Apanyekrá).

Parece evidente que a logística na divisão de competências obriga os Povos Canela a levarem suas demandas para dois órgãos situados em estados diferentes e extremamente distantes das suas terras. Esse cenário equivocado de gestão é constantemente questionado junto aos movimentos sociais indígenas, que argumentam pela necessidade da transferência da CR de Palmas para CR de Imperatriz.

Diante das informações de caracterização, inicia-se na próxima seção um levantamento do histórico dos conflitos de proteção sanitária indígena dos Canela e o todo o processo de acesso à informação percorrido diante dos órgãos indigenistas.

3.2.2 Histórico dos Conflitos de Proteção Sanitária Indígena e o Processo de Acesso à Informação

No cenário da proteção sanitária, especificamente, os Canela possuem um histórico de situações conflitantes e complexas. Atualmente, as aldeias dos Apanyekrá e Ramkokamekrá possuem um Polo-Base de referência localizado no município de Barra do Corda e responsável pelo atendimento primário. Porém, a situação da saúde indígena local perpassa por um momento de crise e precariedade. Para melhor compreensão segue quadro com o histórico:

Quadro 5 – Histórico dos Conflitos de Proteção Sanitária Indígena dos Povos Canela (Apanyekrá e Ramkokamekrá)

Ano	Situação
2003	O órgão responsável pela saúde indígena era a Fundação Nacional da Saúde – FUNASA. Nesse sentido, foi firmado um Termo de Ajuste de Conduta – TAC entre a FUNASA e os povos indígenas do Maranhão para a estruturação e melhoria do atendimento à saúde.
2008	O Ministério Público esteve presente nas Terras Indígenas Porquinhos e Canela para a realização de um levantamento da situação de saúde em diálogo com o cumprimento das determinações do TAC, porém a situação permanecia inalterada.
2010	Ocorreu a reformulação da gestão da saúde indígena e criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, houve um sopro de esperança que logo se dissipou. As comunidades de ambas as Terras Indígenas seguem atestando a profunda insatisfação com o atendimento prestado e com a manutenção de funcionários não desejados no quadro que, a despeito do desempenho profissional contestado em razão do mal uso de viaturas e dos recursos financeiros destinados para o serviço em questão, seguem contemplados por contratos de trabalho vinculados aos convênios firmados pelo Ministério da Saúde junto à Missão Evangélica Caiuá para o atendimento de saúde a esses povos. A Missão Cauiá é vinculada à Igreja Presbiteriana do Brasil, com sede em Dourado-MS e com representação em São Luís. Desde novembro de 2011 a Missão tem a responsabilidade administrativa de 17 dos 34 Distritos existentes, o que totaliza 62% dos DSEIs do Brasil.
2012	O descaso histórico do atendimento oficial à saúde aos Apanjekrá-Canela e Ramkokamekrá – Canela foi alvo de mobilização política das lideranças que acionaram o Ministério Público Federal, via Procuradoria da República no Maranhão, para protocolar denúncias sobre a drástica situação de saúde desses povos atrelada ao completo sucateamento da infraestrutura de atendimento e à atuação truculenta de profissionais contratados. Esta articulação resultou numa reunião entre representantes do MPF, DSEI-MA e lideranças Canela para encaminhar soluções concretas para a melhoria da política de atendimento saúde, como: a) a oficialização de novos representantes no Conselho Distrital de Saúde Indígena/CONDISI para o controle social efetivo das ações prestadas pelo DSEI-MA; b) a renovação dos quadros administrativos e técnicos; c) o pleno funcionamento do Pólo-Base; e d) CASAIs estruturadas e independentes para cada povo.
2014	Nas aldeias Escalvado e Porquinhos, entre os dias 25/11 e 16/12, 19 indígenas morreram e mais de 10% da população, 310 pessoas, foram internadas. Tudo isso, fruto de um provável surto do vírus Influenza A/H1N1, comumente conhecida como gripe suína, e de Coqueluche está acometendo os povos Apanjekrá-Canela e Ramkokamekrá – Canela, da TI Porquinhos e TI Canela no Maranhão, municípios de Fernando Falcão e Barra do Corda. Os primeiros casos da gripe ocorreram em 26 de novembro na aldeia Escalvado – TI Canela, com o óbito de duas crianças e internação de mais três crianças nos hospitais de Barra do Corda e Imperatriz. Uma semana depois, no dia 03 de dezembro, outros 27 casos foram identificados na aldeia Porquinhos – TI Porquinhos.
	Ocorreu a Primeira Conferência Nacional de Política Indigenista com os objetivos de: I -

2015	Avaliar a ação indigenista do Estado brasileiro; II - Reafirmar as garantias reconhecidas aos povos indígenas no País; e III - Propor diretrizes para a construção e a consolidação da política nacional indigenista. Ressalta-se que no relatório final apresentou propostas que em geral pleiteiam Garantir a construção, reforma e manutenção de estrutura física adequada (unidades básicas de saúdeindígena, pólos-base, Casai) para o atendimento aos indígenas em todas as aldeias, com equipes multidisciplinares, equipamentos, insumos, meios de transporte necessários e adequados à realidade indígena, salas de medicamentos, laboratóriosodontológicos, médicos e salas específicas para operadores da medicina tradicional, de acordo com as especificidades locais de cada povo.
2016	O Governo do Estado, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SES), em parceria com a prefeitura do município de Fernando Falcão e do Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão (Dsei/MA), órgão federal ligado ao Ministério da Saúde (MS), realizou na Aldeia Escalvado campanha de combate à Tuberculose. A campanha foi desenvolvida pelos técnicos do Programa de Controle da Tuberculose da SES, técnicos do Laboratório Central de Saúde Pública do Maranhão (Lacen/MA), técnicos da prefeitura municipal de Fernando Falcão e pelos representantes do Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão (Dsei/MA), em comum acordo com as lideranças indígenas.

Fonte: Adaptação do Autor - Relatos Fornecidos pelo Centro de Trabalho Indigenista – CTI

Assim, em virtude desse histórico sanitário, os Povos Canela foram os escolhidos para o estudo dos indicadores de saúde local nessa pesquisa. Para tanto, o processo de acesso aos dados sanitários sobre os Povos Indígenas, iniciou-se em 07 de Junho de 2015 com um requerimento por meio do portal nacional de acesso à informação encaminhado para o Ministério da Saúde.

Nesse sentido, na condição de Pesquisador CAPES do Programa de Mestrado em Direito e Justiça Social da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, foi solicitado às informações no tocante aos indicadores de saúde indígena, com os relatórios anuais de 2013 e 2014, compreendendo os três níveis: a) Nível Nacional (indicadores da saúde indígena nacional); b) Nível Estadual (indicadores da Saúde Indígena do estado do Maranhão); e c) Nível Local (indicadores da Saúde local junto aos Povos Canela Rankokramekra e Canela Apaniekra).

Para tanto, especificamente, foram solicitados os seguintes indicadores de saúde indígena: a) Indicadores Demográficos; b) Indicadores Socioeconômicos; c) Indicadores de Mortalidade; d) Indicadores de Morbidade; e) Indicadores de Fatores de Risco e Proteção; f) Indicadores de Recursos; e g) Indicadores de Cobertura.

Em resposta, apresentada na data de 09 de Julho de 2015, o Ministério da Saúde por meio da Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI, 2015, grifo nosso) informou:

> [...] a Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI) **ainda não dispõe de equipe especializada para o cálculo de todo o *hall* de indicadores solicitados pelo cidadão**. Conforme regulamenta a lei 12.527/2011 (Cap. III, Art. 11, 1) comunicamos que estamos trabalhando para o

> desenvolvimento de uma rotina ampliada para disseminação de todos os micros dados não nominais a serem disponibilizados até o final do ano de 2015 a partir de informações extraídas do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e disponibilizadas no sítio da SESAI na internet.

Os dados apresentados como resposta serão analisados na próxima seção. Porém, ressalta-se que as informações fornecidas são ínfimas diante do pedido de acesso à informação e da complexidade das questões sanitárias. Outrossim, o Ministério da Saúde não realizou nenhuma publicação oficial no final de 2015, nem tão pouco durante o primeiro semestre do ano de 2016, conforme prometido na resposta apresentada.

Essa trajetória conflituosa de proteção sanitária Indígena e o processo de acesso à informação demonstra as vulnerabilidades e o quanto o sistema de gestão de saúde indígena é deficiente. Para tanto, o próximo item reúne as principais causas prováveis de mortalidade notificadas para os Povos Canela.

3.2.3 Principais causas prováveis de mortalidade notificadas para os Povos Canela

Ante o flagrante histórico dos conflitos de Proteção Sanitária Indígena dos Povos Canela (Apanyekrá e Ramkokamekrá), conforme demonstrado anteriormente, emergiu a necessidade de requerer junto ao Ministério da Saúde os indicadores de saúde desses povos. Contudo, a realidade local espelha a nacional, pois também sofre com a carência de Dados Demográficos e Epidemiológicos, uma vez que no banco de dados constam apenas informações sobre as causas prováveis de mortalidade.

Assim, a próxima tabela reúne todas as informações disponíveis nos bancos de dados públicos conforme asseverou o Ministério da Saúde na resposta ao pedido de acesso à informação. Ou seja, apenas informações preliminares classificadas por capítulos da CID-10 sobre as principais causas prováveis de mortalidade notificadas para os Povos Canela no período entre 2013 e 2014.

Tabela 5 – Principais causas prováveis de mortalidade notificadas para os Povos Canela, ano 2013 e 2014, dados preliminares classificados por capítulos da CID-10

Etnia do (a) indígena	Provável Causa Básica do Óbito (CID 10)	Ano 2013	Ano 2014	Total Geral
CANELA	J96.9 Insuficiência Respiratória NE	1	0	1
CANELA Total		**1**	**0**	**1**
CANELA APANIEKRA	I50.0 Insuficiência Cardíaca Congestiva	0	1	1
	R51 Complicações Cardiopatias Doenças Cardíacas mal definidas	0	1	1
	R54 Senilidade	1	0	1
	R54 Outras Mortes súbitas de causa desconhecida	4	0	4
	R99 Outras causas mal definidas e NE Mortalidade	0	1	1
CANELA APANIEKRA Total		**5**	**3**	**8**
CANEÇA RANKOKRAMEKRA	A16.9 Tuberculose Respiratória NE sem mencionar bactéria ou histórico	1	0	1
	A41.9 Septicemia NE	1	0	1
	E14 Diabetes Melitus NE	1	0	1
	E14.8 C. Compl. NE	0	1	1
	I46.9 Parada Cardíaca NE	0	1	1
	I50 Insuficiência Cardíaca NE	0	1	1
	J06 Infecção Agudas vias aéreas NE	0	2	2
	J06.9 Infecção aguda das vias aéreas super NE	0	6	6
	J18.8 Outras pneumonias derivadasmicrorganismo NE	0	1	1
	K59.1 Diarreia Funcional	0	1	1
	Q42.3 Ausência atresía estenose congênere anus	0	1	1
	Q42.3 Senilidade	1	0	1
	R96 Outras mortes súbitas de causa desconhecida	1	0	1
	R99 Outras causas mal definidas e NE mortalidade	1	0	1
	W19 Queda sem especificação	1	0	1
CANELA RANKOGRAMEKRA Total		**7**	**14**	**21**
TOTAL GERAL		**13**	**17**	**30**

Fonte: Questionário eletrônico FORMSUS e Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)

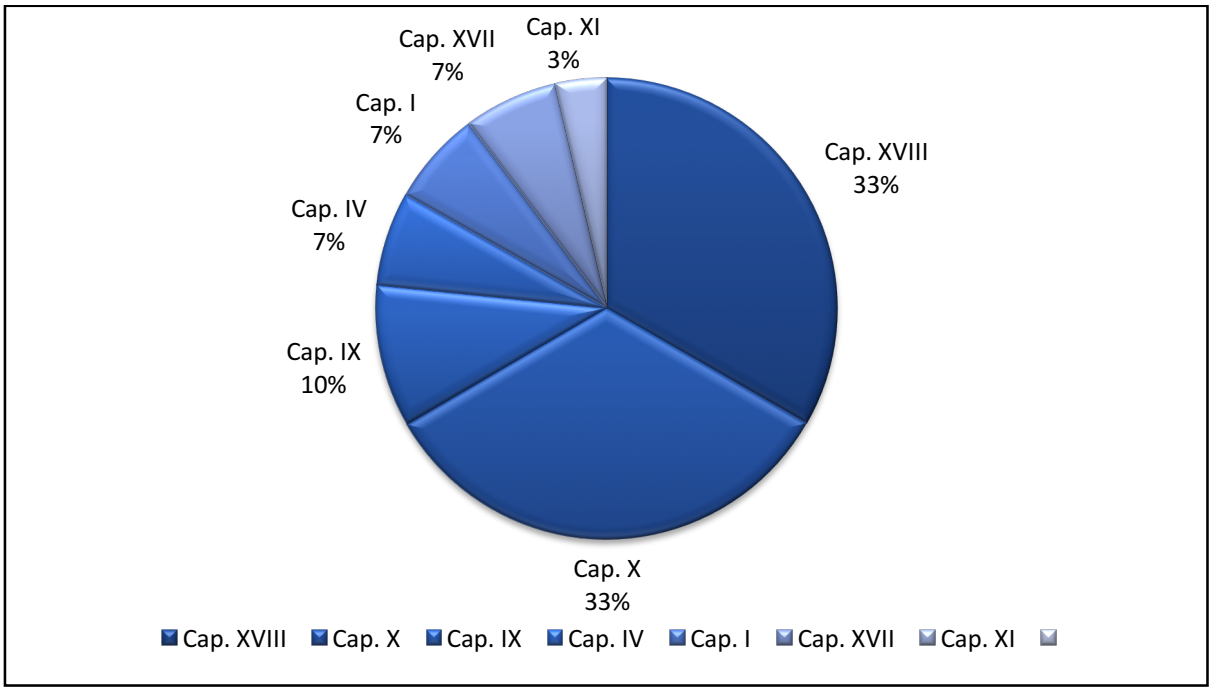
Observa-se que do total geral de mortes, considerando a classificação por capítulos da CID-10, em primeiro lugar constam as “causas mal definidas” com pelo menos (Cap. XVIII = 33%)[77], seguida pelas “doenças do aparelho respiratório”(Cap. 10 = 33%), pelas “doenças do aparelho circulatório” (Cap. IX = 10%), pelas “doenças

[77]Quando se avaliam os dados sobre a mortalidade geral, nota-se um elevado percentual de causas mal definidas, um achado que levanta dúvidas sobre a confiabilidade desses registros, e principalmente sobre a qualidade dos serviços oferecidos a este segmento da população. As elevadas taxas de mortalidade por causas externas tambémsão indicativas de que os problemas sociais de maior complexidade como o alcoolismo e a violênciatemcontribuído cada vez mais com as estatísticas vitais(BASTA et al., 2010, 94).

endócrinas, nutricionais e metabólicas" (Cap. IV = 7%), pelas "doenças infecciosas e parasitárias" (Cap. I = 7%), pelas "malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas" (Cap. XVII = 7%), pelas "doenças do aparelho digestivo" (Cap. XI = 3%).

Para melhor visualização, os dados dos Povos Canela foram organizados em forma de gráfico no mesmo padrão do gráfico nacional de distribuição percentual das principais causas de mortalidade em indígenas.

Gráfico 3 – Distribuição percentual das principais causas de mortalidade dos Povos Canela (ambos os sexos), segundo a classificação por capítulos da CID-10, Brasil, 2013/2014.



Fonte: Questionário eletrônico FORMSUS e Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)

Observa-se que os dados de mortalidade indígena local dos Povos Canela apresenta relação mútua com os dados de mortalidade nacional. É preocupante que no biênio 2013/2014 o maior número de mortes ainda estão classificadas como "causas mal definidas". Para Basta et al. (2010, p. 66) quando "o percentual de causas mal definidas é excessivamente elevado, denota insuficiente assistência à saúde dos indígenas". Dito de outra forma, essas informações sinalizam para um alto grau de deficiência das políticas públicas de saúde.

Ademais, esse quadro alarmante também evidencia a realidade da proteção sanitária indígena maranhense, pois atualmente o Estado do Maranhão conta com

um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e conforme informações do Ministério da Saúde (2013) o DSEI possui apenas 24 médicos e atende uma população aproximadamente de 33.834 pessoas, distribuídas em 328 aldeias. E a taxa de mortalidade infantil do estado por mil nascidos vivos, em 2013 atingiu o número de 49,52, um dos maiores índices do país.

Salienta-se que para Basta et al. (2010, p. 94) algumas conclusões já podem ser admitidas, pois

> Mesmo com todas as dificuldades para se conhecer mais detalhadamente as condições de saúde dos indígenas no Brasil, é admissível afirmar que alguns indicadores básicos de saúde, tais como o coeficiente de mortalidade infantil, são desfavoráveis quando se compara com os registrados para a população não indígena.

Portanto, ante o flagrante estado de precariedade da saúde pública indígena e o evidente peso das desigualdades sociais entre indígenas e não indígenas no Brasil, a próxima e última seção pretende discorrer sobre os desafios da sociedade brasileira para a garantia do direito à saúde da população indígena na sociedade de risco.

3.3 Desafios da Sociedade Brasileira para a Garantia do Direito à Saúde da População Indígena na Sociedade de Risco

Muitos são os desafios que precisam ser superados para que a saúde indígena se torne real e efetiva. Para Cardoso et al., (2013, p. 52) “as políticas voltadas para os povos indígenas têm tomado novos rumos, apoiadas no paradigma da especificidade, da diferença, da interculturalidade e da valorização da diversidade”. Nesse sentido, o maior obstáculo consiste em materializar os princípios norteadores da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e do Sistema Único de Saúde, em especial o princípio da atenção diferenciada[78]. É necessário construir um modelo de saúde indígena que reconheça, respeite e adote as práticas culturais de saúde das comunidades indígenas.

---

[78]O princípio da diferença estaria, assim, na ordem lógica de classificação e ordenação das coisas, e não em um princípio genérico de “diversidade cultural” que parece levar mais a uma normatização inclusiva, que, a exemplo dos programas e ações em saúde, mascaram uma desigualdade real (ao ignorar, inclusive, o modo pelo qual grupos ou sociedades distintos apreendem o que lhes é transmitido em termos das suas próprias categorias ou “lógicas culturais”), do que à hierarquização

Para Santos, Flowers e Coimbra Jr. (2005, p. 75), é fundamental a preservação da trajetória de cada um dos povos indígenas, pois[79]:

> Num dado momento, nas décadas de 50 e 60, antevia-se que o futuro dos povos indígenas seria ou o desaparecimento físico e cultural ou a assimilação na sociedade envolvente, vaticínios que felizmente não se confirmaram. Nessa trajetória, as crises do contato fazem parte do passado de praticamente todos os grupos que sobreviveram (sequer sabemos quantos se extinguiram). Registrá-las e resgatá-las, etnográfica e também demograficamente, contribui para uma melhor compreensão da história recente desses povos, especialmente no bojo do expansionismo ocidental.

Trata-se da necessidade de possuir informações confiáveis para viabilizar análises sobre as múltiplas e complexas interrelações entre desigualdades sociais, processo saúde-doença e etnicidade (COIMBRA JR.; SANTOS, 2005, p. 36). O perfil dos povos indígenas é pouco conhecido, faltam informações consolidadas sobre aspectos: a) demográficos; b) socioeconômicos; c) Mortalidade; d) Morbidade; e) Fatores de Risco e Proteção; f) Recursos disponíveis; e g) Cobertura e atendimento. Portanto, o primeiro passo consiste em conhecer a realidade da proteção sanitária indígena e, por conseguinte, estabelecer as ações e serviços necessários.

Questiona-se, ainda, sobre o modelo e procedimentos adotados no campo da proteção sanitária indígena. Para tanto, Walsch (2013) assevera que a interculturalidade seria o caminho adequado para a superação da verdade universal estabelecida pelo modelo gestor da saúde e apagar todo o ranço deixado pelo sistema colonial. Dito em outras palavras, Cardoso (2015, p. 100) explica que:

> O modelo, operacionalizado por um discurso científico autorreferente e pautado em uma pseudorracionalidade "técnico sanitária" (mas, fundamentalmente, "gestora"), tem produzido como efeito desse mesmo processo o desconhecimento/negação dos princípios cognoscitivos e lógico-simbólicos que articulam as práticas e saberes terapêuticos indígenas, que, supostamente, deveriam lhes ser agregados, sem que, ao mesmo tempo, se produzam efetivamente ações em saúde tal como as comunidades indígenas as demandam.

---

complexa da "diferença" que articula e provê, no plano da própria práxis, a produção desses "implexos terapêuticos"(CARDOSO, 2015, p. 102).

[79]Em outro estudo, Coimbra Jr. (2014, p. 858) assevera sobre "a importância da realização rotineira de inquéritos de base populacional com foco na saúde indígena e a ampla disseminação de seus resultados devem ser vistas como estratégicas para fornecer a informação necessária não apenas ao melhor conhecimento da epidemiologia dos povos indígenas, mas também para que se avance nos campos da política e do planejamento das ações de saúde destinadas a essa população".

Defende-se aqui o rompimento de políticas sanitárias indígenas pré-estabelecidas por meio de sistemas que oprimem, desrespeitam, subalterna o índio. Para Diehl e Pellegrini (2014), esse rompimento poderia ser alcançado por meio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. Trata-se da necessidade de estabelecer um serviço pautado, sobretudo, na formação intercultural dos profissionais da área da saúde e uma educação sanitária permanente[80].

Salienta-se que os órgãos e sistemas oficiais de gestão da política indigenista no Brasil (2016) (Ministério da Saúde, FUNAI, SESAI, SUS) reconhecem como desafios urgentes:

> a) Fortalecimento da Política de Atenção Básica à Saúde, com instalação de unidades de saúde em todas as Terras Indígenas;
> b) Atendimento de Alta e Média Complexidade que respeite as especificidades indígenas;
> c) Qualificação das equipes de atendimento – olhar diferenciado e respeito às práticas tradicionais de cura;
> d) Atendimento nas áreas de remoto acesso; e
> e) Concurso público específico e capacitação de servidores para atuar junto aos Povos Indígenas.

Por fim, conforme entendimento do Ministério da Saúde (2016), destaca-se, também como desafio, que "é fundamental que as atividades relacionadas à atenção básica à saúde do indígena sejam prestadas, sempre que possível, dentro das terras indígenas". Dito em outras palavras, muitos são os entraves que permeiam a política pública de saúde indígena, porém a sociedade brasileira e suas instituições devem aperfeiçoar os serviços e ações de saúde pública. Para tanto, é indispensável realizar inicialmente um levantamento global com dados consolidados sobre o perfil saúde-doença dos povos indígenas[81].

---

[80]Assim, cabe destacar o papel da proposta de educação permanente em saúde. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, acontecendo no cotidiano das pessoas e das organizações, levando em consideração os conhecimentos e as experiências dos sujeitos, e tendo o potencial de transformação das práticas profissionais e da própriaorganização do trabalho. A educação permanente em saúde possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano, inserindo-se como uma construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta às práticas organizacionais e àspráticas interinstitucionais e/ou intersetoriais (DIEHL; PELLEGRINI, 2014, p. 871).

[81]Os povos indígenas no Brasil vêm enfrentando um contínuo processo de transformação ao longo do tempo, o que em larga medida é decorrente da interação com a sociedade envolvente nãoindígena. Essas transformações repercutem em diferentes esferas do universo indígena, dentre as quais podem se destacar as modificações nas estratégias de subsistência, nas formas de ocupação do território, na exploração dos recursos naturais, nas relaçõespolíticas travadas no âmbito interno e

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dissertar sobre direitos indígenas é uma tarefa complexa. Mas o desafio se transforma em hipercomplexo quando o objeto da dissertação é o Direito à saúde para os Povos Indígenas na Sociedade de Risco. Contudo, é preciso reconhecer que se o risco é uma das características principais da sociedade contemporânea, a sua análise por meio da vertente sanitária torna-se indispensável.

Nesse sentido, a primeira necessidade desse estudo consistiu em conceituar saúde. Para tanto, optou-se em fazer um balaço histórico do conceito (compreendendo do aspecto mágico até ao social). Tem-se, portanto, que o conceito de saúde perpassou por várias hipóteses, basicamente a tese "curativa" (curar doenças) e a tese "preventiva" (mediante serviços básicos de atividade sanitária), e, como ponto comum, ambas as teses posicionam a saúde como "ausência de doenças".

Finalmente, em meados do século XX, o conceito de saúde ganhou uma nova roupagem em virtude da Organização Mundial de Saúde – OMS, que considerou a saúde como o primeiro princípio básico para a "felicidade, as relações harmoniosas e a segurança de todos os povos". No preâmbulo de sua Constituição, assinada em 26 de julho de 1946, é apresentado o conceito de saúde adotado pela OMS: "a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade".

Assim, tem-se que o conceito de saúde é volátil, podendo sofrer mutações conforme contexto cultural, social, político, econômico e evolução das ideias, considera-se nesse trabalho a saúde como um bem jurídico individual, coletivo, intercultural e de desenvolvimento. Dito em outras palavras, a saúde torna-se um direito social fundamental do homem, em suma, a saúde é direito público subjetivo oponível contra o Estado e, ela proporciona a criação de um vínculo gerador de obrigações entre o Estado-devedor e o cidadão-credor.

Sobre o tratamento jurídico do risco no Direito à Saúde na visão sistêmica luhmanniana, o Direito surge como forma de controlar os riscos futuros no campo da saúde. Cumpre ressaltar que o direito sanitário apresenta-se como um subsistema do sistema jurídico, e na qualidade de subsistema, este possui uma função

---

externo às aldeias e na inserção no mercado de trabalho regional, com marcantes impactos na maneira como essas sociedades se organizam (BASTA et al., 2010, 93).

intrinsecamente conectada a função do sistema jurídico, isto é, “partes” ligadas a um “todo”. Logo, é inviável analisar a saúde isoladamente e fora do sistema jurídico e dos demais sistemas sociais, a complexidade da temática exige uma compreensão estrutural do “todo” a partir da visão sistêmica.

Portanto, é inexequível (re) pensar o direito à saúde fora da sociedade de risco (complexa), assim, o risco transforma-se em um elemento intrínseco e conexo ao sistema sanitário contemporâneo. Essa sociedade de risco, segundo Beck (2011), é uma sociedade catastrófica. Nela, o estado de exceção ameaça converte-se em normalidade. Definitivamente, saúde e risco são indissociáveis.

Para adequação dos temas, verificou-se inicialmente a necessidade de traçar o perfil demográfico dos povos indígenas brasileiros. Em suma, estima-se que a população indígena é composta por mais de 370 milhões de pessoas, compondo em torno de 5% do total mundial. No Brasil, especificamente, os mais de 305 povos indígenas falantes de mais de 274 línguas diferentes, somam, segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE de 2010, 896.917 pessoas, o que corresponde a 0,4% da população total do país.

Esses dados revelam a riqueza da sociodiversidade desses povos com suas organizações sociais, línguas, crenças e tradições. Contudo, os povos indígenas carregam características preocupantes dentro da sociedade de risco. Para a Organização das Nações Unidas – ONU, os Povos Indígenas são um terço dos mais pobres do mundo e sofrem com condições alarmantes em todos os países, inclusive no campo da proteção sanitária. Outros autores chegam a inserir os Povos Indígenas como os grupos que mais sofrem as injustiças socioambientais. Verifica-se, que existe um histórico de desigualdades sociais e constante violação dos direitos fundamentais desses grupos.

Para tanto, o capítulo II buscou identificar o tratamento jurídico e político da do ao direito a saúde dos Povos Indígenas no Brasil. No primeiro momento foi possível constatar a exclusão do tema saúde dos diplomas constitucionais anteriores a constituinte de 1988. Assim, somente na ordem constitucional vigente é possível observar a introdução da saúde no rol dos direitos sociais no Brasil, assim, sendo reconhecida expressamente como direito de todos e um dever do Estado. Para tanto, a Lei Maior criou um Sistema Único de Saúde (SUS), uma de uma estrutura nacional de saúde e sistematicamente englobado todos os níveis do Estado federal.

Portanto, por meio de uma interpretação sistêmica da Constituição, tem-se a saúde também como um direito constitucional dos Povos Indígenas, assim, para tentar cumprir o seu dever, o Estado brasileiro adotou uma Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Logo, no segundo momento, considerou-se a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Historicamente os primeiros serviços de proteção sanitária indígena apresentam níveis mínimos de efetividade e cobertura. Percebe-se no século XX a deficiência das políticas públicas sanitárias para os Povos Indígenas. Em verdade, o sistema de saúde da população brasileira em geral não se comunicava com ações destinadas para os índios. De um lado existia a FUNAI com uma baixa operacionalização e do outro existiam a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e o Ministério da Saúde, todos completamente dissociados da questão sanitária indígena. Por fim, também a visível e completa ignorância e ausência das práticas tradicionais de tratamento e prevenção adotas pela cultura indígena.

Somente em 1999 foi estabelecida uma política sanitária específica baseada no princípio da atenção diferenciada, regulamentada pela Lei n. 9.836/1999 (Lei Arouca), trata-se do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) com base nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), atualmente o Brasil conta com 34 DSEIs. Ainda em 1999, o decreto n. 3.156 regulamentou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Destaca-se, que apenas em 2011, depois de várias denúncias sobre irregularidades, a FUNASA deixou definitivamente a gestão da saúde indígena, assim, assumindo integralmente as ações de atenção à saúde indígena e saneamento em terra indígena a Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI).

Ressalta-se, o papel decisivo das Conferências Nacionais de Saúde e Conferências Nacionais de Saúde Indígena, pois as conferências junto aos movimentos sociais possibilitaram várias conquistas no campo sanitário e a busca pela redemocratização da saúde pública no Brasil.

Contudo, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) reúne características preocupantes, como: a) o processo tardio de criação de uma política sanitária específica; b) a institucionalização e a burocratização que revelam a centralização dos processos decisórios, alijando os conselheiros, em especial os indígenas; c) os critérios territoriais usados para a implantação dos (DSEIs), em uma rápida leitura do mapa é possível observar a gigantesca extensão

territorial de cada um dos 34 (DSEIs) no Brasil, em verdade, algumas regiões chegam a ser maiores que países da Europa; d) o baixo índice de pesquisas sobre atenção diferenciada, o papel dos agentes indígenas de saúde e a participação e controle social.

Para sanar essas deficiências da proteção sanitária indígena, esse estudo recorre a dimensão intercultural do conceito de saúde adotado no primeiro capítulo. Dito em outras palavras, considera-se que subsistema de saúde indígena precisa conformar-se com o contexto intercultural desses povos. Para tanto, essa mudança requer profissionais qualificados com uma gestão de trabalho capaz de compreender e refletir sobre o modo de vida que cada comunidade indígena adota, e, por conseguinte, respeitar as práticas tradicionais e culturais da medicina indígena. Assim, promovendo a interculturalidade, isto é, reais e efetivas relações assimétricas de poder constitutivas dessa zona de contato.

Portanto, é preciso superar o modelo universal de saúde implantado nas comunidades indígenas, que é baseado no modelo assistencial seguindo a lógica da produção de serviços, centrado na concepção médico-curativa e na tecnificação da assistência. Para isso, é indispensável o reconhecimento, respeito e uso das práticas tradicionais de saúde da cultura indígena, assim, a interculturalidade mostra-se como um caminho para romper com a “verdade universal” estabelecida sobre o campo da saúde.

De outra banda, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) não uma soma de zeros. Os avanços são visíveis, pois até então o Estado brasileiro não disponibilizada nenhum mecanismo específico de assistência sanitária para indígenas. Porém, o modelo atual apresenta graves deficiências, como: a) a baixa capacitação e a alta rotatividade dos recursos humanos; b) a baixa cobertura e atendimento; c) a ausência de materialização dos princípios norteadores da política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas, como a integralidade da assistência e a provisão de atenção culturalmente diferenciada; d) a incomunicabilidade com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Por derradeiro, emergiu a necessidade de traçar um perfil da saúde indígena brasileira na sociedade de risco por meio dos indicadores nacional, regional e local de saúde. Inicialmente, constatou-se a carência de dados demográficos e epidemiológicos fornecidos pelos órgãos oficiais de gestão de saúde, mas os poucos dados disponíveis já sinalizam para uma situação de vulnerabilidade das

comunidades, colocando-as em desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade nacional.

No cenário nacional, destacam-se as taxas de mortalidade indígena infantil por representarem mais que o dobro das taxas de mortalidade infantil não indígena. Assim, revelando que no Brasil a cada mil crianças indígenas nascidas vivas, pelo menos 43,8 não completaram 1 ano de vida. Esse dado é ainda mais alarmante, quando comparando com o da população em geral, pois a cada mil crianças não indígenas nascidas no Brasil, apenas 16,0 não completarão 1 (um) ano de vida.

Outros indicadores preocupantes são os que correspondem as condições de saneamento, saúde e nutrição da criança e da mulher indígena, pois evidenciam quadros precários de tratamento e uso de água, rede de esgotos e dejetos, desnutrição infantil e sobrepeso da mulher. Por fim, as taxas de mortalidade revelam um dos quadros mais críticos, pois a maioria das mortes são dadas como oriundas de causas não definidas, ou seja, pouco se conhece sobre saúde-doença indígena.

No cenário regional e local, optou-se por um levantamento de dados sobre os Povos Canela (Apanyekrá e Ramkokamekrá) no Estado do Maranhão. A conclusão inicial é que a realidade sanitária regional e local correspondem a nacional. Dito em outras palavras: a) a taxa de mortalidade infantil indígena no Estado do Maranhão é de 46,3 para cada mil crianças nascidas vivas; b) existem apenas 24 médicos para realizar atendimentos; c) o DSEI maranhense compreende umas das maiores extensões territoriais; d) Os Povos Canela estão localizados a cerca de mais de 400 quilômetros distante do DSEI o que engessa todo o processo de participação da gestão sanitária; e) o princípio de atenção diferenciada não se materializou nessas comunidades; f) o Ministério da Saúde não dispõe de dados consolidados sobre o perfil da saúde indígena das comunidades maranhenses; e h) um intenso conflito na luta pela efetivação da proteção sanitária local.

Portanto, é possível destacar os principais resultados obtidos por meio desse estudo:

(a) o conceito de saúde é volátil, podendo sofrer mutações conforme contexto cultural, social, político, econômico e evolução das ideias;

(b) o reconhecimento da saúde como um bem individual, coletivo, intercultural e de desenvolvimento, isto é, um direito humano fundamental;

(c) na sociedade de risco a proteção sanitária torna-se hipercomplexa, para tanto o direito apresenta-se como uma alternativa para minimizar os ricos a saúde;

(d) por meio da vertente luhmanianna o Direito Sanitário deve ser reconhecido como um subsistema do jurídico;

(e) a exclusão do tema saúde dos diplomas constitucionais anteriores a 1988, e finalmente, a saúde como um direito constitucional dos povos indígenas na atual Lei Maior;

(f) a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas constitui-se como um avanço, mas ainda segue os padrões universais do campo da saúde que ocasionam um o quadro precário da proteção sanitária nacional, regional e local

(g) a intercultralidade como uma alternativa para o reconhecimento e uso das práticas tradicionais de saúde da cultura indígenas, ou seja, a saúde como cultura e a cultura como direito.

(h) a carência de dados Demográficos e Epidemiológicos, o alarmante cenário dos indicadores de saúde indígena e a ausência de informações sobre as práticas tradicionais de saúde indígena.

Por meio dessas reflexões (direto, saúde, risco e Povos Indígenas), considera-se que o objetivo principal desse trabalho foi concluído, no sentido de demonstrar como é tratado o direito à saúde para os Povos Indígenas na sociedade de risco. E, em consequência, desvendar a problemática da efetividade da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a exclusão fática da população indígena brasileira à saúde juridicamente positivada. Por fim, espera-se que essa pesquisa contribua para o aperfeiçoamento da política sanitária indígena brasileira, para que as desigualdades sociais do campo da saúde sejam superadas, assim, mantendo esses povos vivos com sua biodiversidade e sociodiversidade.

REFERÊNCIAS

ABRASCO, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. **I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**. Relatório Final, Nº7 (Análise de dados), Rio de Janeiro, 2009.

ACSELRAD, Henri. BEZERRA, Gustavo das Neves. MELLO, Cecília Campello do Amaral. **O que é Justica Ambeital**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

ALIER, Juan Martínez. **O ecologismo dos Pobres.** 1. ed. São Paulo: Contexto, 2007.

_____. El ecologismo de los pobres. In: **Revista WANI**, n. 125, abril 1992 (p. 2-42 a 50). Publicación mensuel de la Universidade Centroamericana (Uca) de Manágua, Nicaraguá.

ALMEIDA, Ribeiro Moraes de Almeida. **A Construção do Ser Canela: dinâmicas educacionais na aldeia Escalvado.**Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal do Maranhão, 2009.

AMADO, Juan Antonio Garcia. A sociedade e o direito na obra de Niklas Luhmann. In: ARNAUD, André- Jean; LOPES JR., Dalmir (orgs). Niklas Luhmann: **do sistema social à sociologia jurídica**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2004.

ANDAKU, J. A.. O Direito na e Teoria de Niklas Luhmann. **Revista da AGU**, v. 91, p. 01, 2009. Disponível em <http://www.agu.gov.br/page/download/index/id/692917> Acessos em 11 de Fev. de 2016.ARNAUD, André-Jean; DULCE, M. J. F. **Introdução à análise sociológica dos sistemas jurídicos.** Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

AZANHA, Gilberto. **A forma Timbira: estrutura e resistência.** Dissertação de mestrado apresentada a FFLCH da USP, 1984. (1986)

BASTA, Paulo César; ORELLANA, Jessem Douglas Yamall &ARANTES, Rui. Perfil epidemiológico dos Povos Indígenas no Brasil: notas sobre agravos **selecionados.** In: **Saúde Indígena**: Novos Trajetos (Garnelo, L & Lima, A C; orgs.). Ed. MEC/LACEDUFRJ/Ford Foundation. Coleção Educação para Todos – Série Via dos Saberes Nº 5,187 pp, 2010.

BOCCARA, Guillaume. La interculturalidad en Chile: entre culturalismo y despolitización. In: LANGDON, JEAN MARINA, Esther. D. Cardoso **Saúde indígena**: políticas comparadas na América latina. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015.

BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidade.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2008.

BECK, Ulrich. **Sociedade de Risco: rumo a uma outra modernidade**. Trad. Sebastião Nascimento. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011.

BITTENCOURT, M. et al. **Acre, Rio Negro e Xingu**: a formação indígena para o trabalho em saúde. SãoPaulo: Associação Saúde sem Limites, 2005.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acessos em 15 de Mar. de 2016.

_____. Ministério do Meio Ambiente. **Convenção sobre diversidade biológica**. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2006.

_____. Decreto n. 23, de 04 de fevereiro de 1991. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. Diário Oficial da União, Seção 1. 1999.

_____. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 ago. 1999a. Seção 1, p. 37. 1999

_____. Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999. Estabelece o subsistema de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 set. 1999b. Seção 1, p. 1. 1999.

_____. **Ministério do Meio Ambiente. Convenção sobre diversidade biológica.** Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2006.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria Especial de Saúde Indígena, 2011. Disponível em: <http://www.portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai>. Acesso em 10 de ago. de 2016.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria Especial de Saúde Indígena, 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br>. Acesso em 10 de ago. de 2016.

_____. Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6001.htm>. Acessos em 10 agosto 2016.

GENIOLE, Leika Aparecida Ishiyama.et al. **Saúde bucal por ciclos de vida.** Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerra do Pantanal, 2011.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição.** 7 ed. São Paulo: Almedina, 2003.

CAPRA, Fritjof. **El punto crucial: ciencia, sociedad y cultura naciente**. Buenos Aires: Editorial Troquel S. A., 1992.

CARDOSO, Andrey Moreira. et al. Saúde dos Povos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil In: Giovanella, Lígia (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

CARVALHO, Kildere Gonçalves. **Direito Constitucional.** 16 ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2010.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características gerais dos indígenas: resultados do universo.** Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf>. Acessos em 25 de Jul. de 2016.

COIMBRA JR., C. E. A. & SANTOS, R. V. **Saúde, minorias e desigualdade:** algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1): 125-132, 2000.

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V. & ESCOBAR, A. L. (Orgs.) **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 2003.

CONAIE .Proyecto político de la CONAIE. Quito, Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador. 1997

COSTA, Albertina de Oliveira (Org.). **Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina.** São Paulo: PRODIR/FCC – São Paulo: ed. 34, 1997.

CROCKER, William. **The Canela (Eastern Timbira)**. I. An Etnographic Introduction. Washington, Smithsonian Contribuitions to Anthoropology, n. 33, 1990.

CRUZ, R. N. **A teoria dos sistemas e a força normativa constitucional do sistema jurídico sanitário**. 2007. 307 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo – SP 2007.

DALLARI, S. G. **O conceito constitucional de relevância pública.** Brasília: Organização Panamericana da Saúde,1992, p. 1-23. (Série direito e saúde,1). Disponível em <http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/26843-26845-1-PB.pdf>. Acessos em 15 de Jan. de 2016.

_____. A construçãodo direito à saúde no Brasil. In: **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo. v. 9, n. 3 p. 9-34. Nov. 2008 /Fev. 2009.

_____. **Os Estados Brasileiros eo Direito á Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

DALLARI, S. G.; NUNES JÚNIOR, V. S. **Direito Sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

DE GIORGI, Rafaelle. **Direito. Democracia e Risco: vínculos com o futuro.** Porto Elegre: SAFE, 1998.

_____. O risco na sociedade contemporânea. In: **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo: v. 9, n. 1 p. 37-49 Mar./Jun. 2008. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13100/14903>. Acessos em 21 de Jul. de 2016.

DIEGUES, Antônio Carlos; ARRUDA, Rinaldo S.V. (Org.). **Saberes Tradicionais e biodiversidade no Brasil.** Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2001.

DIEHL, E. E. et al. Financiamento e atenção à saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul. In: COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A.L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. **Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena:** reflexões a partir do sul do Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, p.19-36, 2007. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7522/9039>. Acessos em 22 de Ago. de 2016.

DIEHL, E. E.; LANGDON, Esther Jean. **Transformações na atenção à saúde indígena:** Tensões e negociações em um contexto indígena brasileiro**.** Universitas Humanística. 2015; 80: 213-36. Disponível em <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n80/n80a09.pdf>. Acessos em 15 de Ago. de 2016.

ERTHAL, R. M. C. A formação do agente de saúdeindígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliaçãocrítica**.** In: COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis Mafort. **Política de Saúde: Uma Política Social**. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

FONSECA, Angélica Ferreira (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FOUCAULT, Michel. **A crise atual da medicina**. Texto de apoio PESESPEPPE. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública – transcrição da primeira conferência de Michel Foucault realizada em novembro de 1974 no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1974.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** - 2 ed - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Conferências nacionais de saúde indígena**: Relatório final da 1ª conferencia. Brasília: Ministério da Saúde. 1986.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Conferências nacionais de saúde indígena**: Relatório final da 2ª conferencia. Brasília: Ministério da Saúde. 1993.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Conferências nacionais de saúde indígena**: Relatório final da 3ª conferencia. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Conferências nacionais de saúde indígena**: Relatório final da 4ª conferencia. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Departamento de Saúde Indígena**. Vigilância em saúde indígena: síntese dos Indicadores 2010. Brasília: FUNASA, 2010.

GARNELO, L. Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena: uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena. In: VASCONCELOS,E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da Rede Educação Popular e Saúde. SãoPaulo: Hucitec, 2001.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. **Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde Indígena no Brasil.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na região norte do Brasil. **Cadernos de Saúde pública,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 311-317,jan./fev. 2003.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade.** São Paulo: Editora UNESP, 1991.

_____; BECK, Ülrich; LASH, Scott. **Modernização reflexiva:** política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: Editora UNESP, 1997.

GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO, disponível em: http://www.ma.gov.br. Acessos em 01 de Agosto de 2016.

HEYWOOD, Andrew. **Ideologias Políticas**: do liberalismo ao fascismo. São Paulo: Ática, 2010.

IBGE. **Tendências Demográficas:** Uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos de1991 e 2000. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005.

IWGIA. The authors and The International Work Group for Indigenous Affairs , 2015 All Rights Reserved. Disponível em: <http://www.iwgia.org/iwgia_files_publications_files/0716_THE_INDIGENOUS_ORLD_2015_eb.pdf>. Acessos em 29 de Jul. de 2016.

JULIO, Renata Siqueira; RIBEIRO, Wesllay Carlos. Direito e sistemas públicos de saúde nas constituições brasileiras**. Revista NEJ - Eletrônica**, Vol. 15 - n. 3 - p. 447-460 / set-dez 2010. Disponível em <http://siaiap32.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/2768/1858>. Acessos em 15 de Jun. de 2016.

LANGDON, E. J. & GARNELO, L. (Orgs.) **Saúde dos Povos Indígenas:** reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

LANGDON, E. J. et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde:a experiência em Santa Catarina. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, dez. 2006.

LEITE, José Rubens Morato; AYALA, Patryck de Araújo. **Direito ambiental na sociedade de risco**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

LITTLE, P.E. **Gestão territorial em terras indígenas:** definição de conceitos e proposta de diretrizes. Relatório para a Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Recursos Naturais do Acre. Rio Branco, 2006.

LUHMANN, Niklas. O enfoque sociológico da teoria e prática do direito. Traduzido por Cristiano Paixão, Daniela Nicola e Samantha Dobrowolski. In: **Revista Sequência:** estudos jurídicos e políticos. Florianópolis: Fundação Boiteux, n.28, jun, 1994.

_____. **Observaciones e la Modernidade.** Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica, 1997. 203 p. Disponível em <https://pt.scribd.com/doc/109721601/Luhmann-Observaciones-de-La-Modernidad>. Acessos em 25 de Jul. de 2016.

MACENA. João Marcelo de Oliveira. **"Isso é coisa de vocês":** os índios Canela e a escola. Dissertação apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, 2007.

MAGLUTA, Cynthia. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 9, p. 1912-1913, Sept. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900030&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 02 Fev. 2016.

MARINHO, G. L. **Agentes indígenas de saúde de Rondônia:** um estudo etnográfico. Porto Velho:Universidade de Rondônia, 2006. Relatório final.

MARQUES, I. M. S. F. **A política de atenção à saúde indígena**: implementação do distrito sanitário especial indígena de Cuiabá - Mato Grosso. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz,Rio de Janeiro, 2003.

MENDES, Gilmar Ferreira. **Curso de direito constitucional**. 9. ed. rev. e atual. – São Paulo: Saraiva, 2014.

MENDONÇA, S. B. M. O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: reflexões. In: BARUZZI,R.; JUNQUEIRA, C. (Org.). **Parque Indígena do Xingu:** saúde, cultura e história**.** São Paulo: Unifesp: TerraVirgem, 2005.

NAVARRO, MVT. Conceito e controle de riscos à saúde**.** In: **Risco, radiodiagnóstico e vigilância sanitária.** Salvador: EDUFBA, 2009, pp. 37-75. ISBN 978-85-232-0924-7. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>. Acessos em 21 de Jul. 2016.

NIMUENDAJÚ, Curt. The Eastern Timbira. University of California Publications in **American Archeology and Ethnology**, V. 41. California Press, 1946.

OMS. Organizacao Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**, adotada pela Conferência Internacional da Saúde, realizada em New York de 19 a 22 de julho de 1946.

PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M. & SANTOS, R. V. (Orgs.) **Demografia dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz/Abep, 2005.

PELLEGRINI, M. et al. Componente atenção. In: **CONSÓRCIO IDS-SSL-CEBRAP. Diagnóstico situacional do subsistema de saúde indígena,** 2009.

PLATÃO. **A República.** Coleção a Obra Prima de cada Autor. São Paulo – SP: Martin Claret, 2000.

PONTES DE MIRANDA, Francisco Cavalcanti. **Comentário à Constituição Federal de 10 de novembro de 1937**. Rio de Janeiro: Irmãos Pongetti, 1938.

PORTO. Walter Costa Porto. **Coleção Constituições brasileiras**. 3. ed. ─ Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições Técnicas, 2012.

REIS, M. M. ; SPAREMBERGER, R. F. L. . IDENTIDADE E ALTERIDADE DO SER: OS DESAFIOS DA PLURIVERSALIDADE À INTERCULTURALIDADE. In**: IV Encontro Internacional do CONPEDI/OÑATI, 2016**, Oñati. III Encontro de Internacionalização do CONPEDI / Unilasalle / Universidad Complutense de Madrid. Florianópolis: CONPEDI, 2016, OÑATI-ES. IV Encontro Internacional do CONPEDI/OÑATI, 2016, Oñati. III Encontro de Internacionalização do CONPEDI / Unilasalle / Universidad Complutense de Madrid. Florianópolis: CONPEDI. Florianopolis-SC: Conpedi., 2016. v. v.1. p. 245-264.

REZENDE, JM. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina** [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. As grandes epidemias da história. pp. 73-82. ISBN 978-85-61673-63-5. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>. Disponível em <http://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-08.pdf>. Acessos em 25 de Jul. 2016.

RIBEIRO, Francisco de Paula. Memória sobre nações gentias que presentemente habitam o território do Maranhão. Escrita no ano de 1819 pelo Major Graduado. In **Revista Trimestral do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro**. Rio de Janeiro, 1841.

ROCHA, Leonel Severo; CLAM, Jean; SCHWARTZ, Germano. **Introdução à teoria dos sistemas autopoiéticos do direito.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

OLIVEIRA, L. S. S. **Formação e inserção institucional de agentes indígenas de saúde no Sistema Único de Saúde:** um estudo de possibilidades. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

_____. O agente indígena de saúde do Parque Indígena do Xingu: perspectivas de formaçãoe trabalho. In: BARUZZI, R.; JUNQUEIRA, C. (Org.). **Parque Indígena do Xingu:** saúde, cultura e história. São Paulo: Unifesp: Terra Virgem, 2005.

OLIVEIRA, Pedro Henrique de. **Direito Indígena à Saúde: Proteção Constitucional e Internacional**. 2009. 428 p. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC, SãO Paulo.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais.** 4. ed. rev. atual. e amp. Porto Alegre: Livraria do Advogado, Porto Alegre, 2006.

SARLET, Ingo Wolfgang. Os direitos sociais fundamentais na Constituição de 1988. **Revista Diálogo Jurídico**. Salvador, vol. 1, n. 1, p. 1-45, 2001. Disponível em <http://www.direitopublico.com.br/pdf_seguro/REVISTA-DIALOGO-JURIDICO-01-2001-INGO-SARLET.pdf>. Acessos em 22 de Jul. de 2016.

SCHWARTZ, Germano André Deoderlin**. Direito a Saúde:** efetivação em uma perspectiva sistêmica**.** Porto Alegre: Livraria do Advogado: 2001.

_____. **O tratamento jurídico do risco no direito à saúde.** Porto Alegre: Livraria do Advogado: 2004.

SCLIAR, Moacir. **Do mágico ao social: a trajetória da saúde púb**lica. Porto Alegre: L & PM Editores, 1987.

_____. **História do conceito de saúde.** Physis, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 02 fev. 2016.

SESAI. Secretaria Especial Indígena. **Conferências nacionais de saúde indígena**: Relatório final da 4ª conferencia. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.

_____. Secretaria Especial Indígena. **Memorando n. 140/2015**. Brasília: Ministério da Saúde. 2015.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 39. ed. São Paulo: Malheiros. 2016.

SOUZA FILHO, Carlos Frederico Marés de. A saúde como cultura, a cultura como direito. In: **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo. v. 9, n. 3 p. 109-114. Nov. 2008 /Fev. 2009. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13132/14937>. Acessos em 13 de Ago. de 2016.

SOUZA LIMA, A. C. & HOFFMAN, M. B. (Orgs.) **Estado e Povos Indígenas**: bases para uma política indigenista. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

SPAREMBERGER, Raquel Fabiana Lopes; COLAÇO, Thais Luzia. Direito e identidade das comunidades tradicionais: do direito do autor ao direito à cultura. **Liinc em Revista**. Rio de Janeiro, vol.7, n. 2, p. 681-700, 2011. Disponível em < http://revista.ibict.br/liinc/index.php/liinc/article/viewFile/430/318>. Acessos em 22 de Jul. de 2016.

TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L. **Saúde Indígena em Perspectiva: Explorando Suas Matrizes Históricas e Ideológicas.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (Coleção Saúde dos Povos Indígenas), 2014.

VILLAS BÔAS FILHO, O. **Uma abordagem sistêmica do direito no contexto da modernidade brasileira**. 2006. 428 p. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo.

WALSH, Catherine. **Pedagogías decoloniales:** prácticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir. Tomo I. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala, 2013.

_____. Decolonialidad, Interculturalidad, Vida desde el Abya Yala-Andino. Notas pedagógicas y senti-pensante,. In: BORSANI, María Eugenia. **Los desafíos decoloniales de nuestros días:** pensar en colectivo.; compilado por y Pablo Quintero. -1. ed. Neuquén : EDUCO - Universidad Nacional del Comahue, 2014.

ANEXO A – REQUERIMENTO DE ACESSO À INFORMAÇÃO

REQUERIMENTO DE ACESSO À INFORMAÇÃO

Na condição de Pesquisador CAPES e Mestrando do Programa de Mestrado em Direito e Justiça Social da Universidade Federal do Rio Grande – FURG (certidão em anexo), venho, através dessa petição, requerer o acesso às informações no tocante aos indicadores de saúde indígena , com os relatórios anuais de 2013 e 2014, compreendendo os três níveis:

I – Nível Nacional; Indicadores da saúde indígena nacional.

II – Nível Estadual; Indicadores da Saúde Indígena Estadual (Maranhão)

III – Nível Local; Indicadores da Saúde local junto aos Povos/Etnia: KANELA, KANELA RANKOKRAMEKRA e KANELA APANIEKRA.

INDICADORES DE SAÚDE INDÍGENA

A. Indicadores Demográficos Indígena (nível nacional, estadual e local)

- População total;
- Razão de sexo;
- Taxa de crescimento da população;
- Grau de urbanização;
- Proporção de menores de 5 anos de idade na população;
- Proporção de idosos na população;
- Índice de envelhecimento;
- Razão entre nascidos vivos informados e estimados;
- Taxa bruta de natalidade;
- Taxa de fecundidade total;
- Razão entre óbitos informados e estimados;
- Mortalidade proporcional por idade;
- Mortalidade proporcional por idade, em menores de 1 ano de idade;
- Taxa bruta de mortalidade;
- Esperança de vida ao nascer;
- Esperança de vida aos 60 anos de idade;

B. Indicadores socioeconômicos Indígena (nível nacional, estadual e local)

- Taxa de analfabetismo;
- Escolaridade da população de 15 anos ou mais;
- Escolaridade da população de 18 a 24 anos;
- Produto Interno Bruto (PIB) per capita;
- Renda média domiciliar per capita;
- Índice de Gini da renda domiciliar per capita;
- Razão de renda;
- Proporção de pessoas com baixa renda;
- Proporção de crianças em situação domiciliar de baixa renda;
- Taxa de desemprego;
- Taxa de trabalho infantil;

C. Indicadores de mortalidade Indígena (nível nacional, estadual e local)

- Taxa de mortalidade infantil;
- Taxa de mortalidade neonatal precoce;
- Taxa de mortalidade neonatal tardia;
- Taxa de mortalidade neonatal;
- Taxa de mortalidade pós-neonatal;
- Taxa de mortalidade perinatal;
- Taxa de mortalidade na infância;
- Razão de mortalidade materna;
- Mortalidade materna segundo tipo de causa;
- Mortalidade proporcional por grupos de causas;
- Proporção de óbitos por causas mal definidas;
- Taxa de mortalidade específica por causas externas;

- Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas;
- Taxa de mortalidade específica por aids;
- Taxa de mortalidade específica por afecções originadas no período perinatal;
- Taxa de mortalidade específica por doenças transmissíveis;

D. Indicadores de morbidade Indígena (nível nacional, estadual e local)

- Incidência de doenças transmissíveis;
- Sarampo;
- Difteria;
- Coqueluche;
- Tétano neonatal;
- Tétano (exceto o neonatal);
- Febre amarela;
- Raiva humana;
- Hepatite B;
- Hepatite C;
- Cólera;
- Febre hemorrágica da dengue;
- Sífilis congênita;
- Rubéola;
- Síndrome da rubéola congênita;
- Doença meningocócica;
- Meningite;
- Leptospirose;
- Taxa de incidência de doenças transmissíveis;
- Aids;
- Tuberculose;

- Dengue;
- Leishmaniose tegumentar americana;
- Leishmaniose visceral;
- Hanseníase;
- Outras doenças;
- Índice parasitário anual (IPA) de malária;
- Taxa de incidência de neoplasias malignas;
- Taxa de incidência de acidentes e doenças do trabalho em segurados da Previdência Social;
- Prevalência de hanseníase;
- Proporção de casos de aids por categoria de exposição;
- Taxa de internação hospitalar (SUS) por causas selecionadas;
- Taxa de internação hospitalar (SUS) por causas externas;
- Proporção de internações hospitalares (SUS) por afecções originadas no período perinatal;

E. Indicadores de fatores de risco e de proteção Indígena (nível nacional, estadual e local)

- Prevalência de diabete melito;
- Prevalência de hipertensão arterial;
- Prevalência de fumantes atuais;
- Prevalência de ex-fumantes;
- Prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas;
- Prevalência de excesso de peso em adultos;
- Prevalência de excesso de peso para idade segundo IMC em crianças menores de 5 anos;
- Prevalência de aleitamento materno;
- Prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses;
- Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes;

- Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer;

F. Indicadores de recursos Indígena (nível nacional, estadual e local)

- Número de profissionais de saúde por habitante;
- Número de concluintes de cursos de graduação em saúde;
- Distribuição de postos de trabalho de nível superior em estabelecimentos de saúde;
- Número de postos de trabalho de enfermagem por leito hospitalar;
- Número de leitos hospitalares por habitante;
- Gasto com consumo de bens e serviços de saúde como percentual do Produto Interno Bruto (PIB);
- Gasto per capita com consumo de bens e serviços de saúde;
- Gasto com ações e serviços públicos de saúde como proporção do PIB;
- Gasto com ações e serviços públicos de saúde per capita;
- Gasto federal com saúde como proporção do PIB;
- Gasto federal com saúde como proporção do gasto federal total;
- Gasto do Ministério da Saúde com atenção à saúde como proporção do gasto total do Ministério da Saúde;
- Gasto do Ministério da Saúde com atenção à saúde per capita;
- Gasto federal com saneamento como proporção do PIB;
- Gasto federal com saneamento como proporção do gasto federal total;

G. Indicadores de cobertura Indígena (nível nacional, estadual e local)

- Número de consultas médicas (SUS) por habitante;
- Proporção da população que refere ter consultado médico nos últimos 12 meses;
- Proporção da população que refere ter realizado a última consulta odontológica há menos de 1 ano;
- Proporção da população que refere nunca ter realizado consulta odontológica;
- Número de procedimentos diagnósticos por consulta médica (SUS);

- Proporção da população feminina de 25 a 64 anos que refere ter realizado o último exame preventivo do câncer do colo do útero nos últimos 3 anos;
- Proporção da população feminina de 25 a 64 anos que refere nunca ter realizado exame preventivo do câncer do colo do útero;
- Proporção da população feminina de 50 a 69 anos que refere ter realizado a última mamografia nos últimos 2 anos;
- Proporção da população feminina de 50 a 69 anos que refere nunca ter realizado mamografia;
- Número de internações hospitalares (SUS) por habitante;
- Proporção da população que refere internação hospitalar nos últimos 12 meses;
- Cobertura de consultas de pré-natal;
- Proporção de partos hospitalares;
- Proporção de partos cesáreos;
- Proporção de crianças vacinadas na faixa etária recomendada;
- Proporção da população servida por rede de abastecimento de água;
- Proporção da população servida por esgotamento sanitário;
- Proporção da população servida por coleta de lixo;

Nestes termos,

Requer deferimento.

Rio Grande – RS, 07 de Junho de 2015.

Abel Gabriel Goncalves Junior

Mestrando em Direito e Justiça Social – FURG

Pesquisador CAPES

ANEXO B – RESPOSTA AO PEDIDO DE ACESSO À INFORMAÇÃO

SIPAR – Ministério da Saúde
Registro Número:
25000.110002/15-21
Data: 09/07/15

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA

Memorando n.º 140/2015 – CGMASI/DGESI/SESAI/MS

Ao Departamento de Gestão da Saúde Indígena - DGESI/SESAI/MS

Assunto: Serviço de Informação ao Cidadão (SIC) em atenção ao atendimento Nº 1439613

Em resposta às informações sobre os 121 indicadores solicitados pelo Sr. Abel Gabriel Gonçalves Junior, relativos às três etnias indígenas: KANELA, KANELA RANKOKRAME e KANELA APANIEKRA, anos 2013 e 2014, informamos que, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) ainda não dispõe de equipe especializada para o cálculo de todo *hall* de indicadores solicitados pelo cidadão. Conforme regulamenta a lei 12.527/2011 (Cap. III, Art. 11, § 1o), comunicamos que estamos trabalhando para o desenvolvimento de uma rotina ampliada para disseminação de todos os microdados não nominais a serem disponibilizados até o final do ano 2015 a partir de informações extraídas do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e disponibilizadas no sítio da SESAI na internet.

Considerando os dados disponíveis em nossos bancos de dados estamos disponibilizando todas as informações levantadas que conseguimos até o momento para as referidas etnias e períodos solicitados - **Anexos 1 e 2.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA

Assunto: Serviço de Informação ao Cidadão (SIC) em atenção ao atendimento N° 1439613

Cordialmente,

Henrique de Barros Moreira Beltrão
Analista de Políticas Sociais
SIAPE: 2044824

Henrique de Barros Moreira Beltrão
Chefe Divisão de Avaliação da Saúde Indígena
DISAI/CGMASI/DGESI/SESAI/MS

Marcelo Alves Miranda
Chefe da Divisão de Monitoramento da Saúde Indígena
DIMOSI/CGMASI/DGESI/SESAI
Portaria nº 1.583 de 30 de julho de 2014

Marcelo Alves Miranda
Chefe Divisão de Monitoramento da Saúde Indígena
DIMOSI/CGMASI/DGESI/SESAI/MS

De acordo,

Renato Apolinário Francisco
Coordenador Geral Monitoramento
da Saúde Indígena
CGMASI/DGESI/SESAI
Portaria nº 1.849 - 04/09/2014

Renato Apolinário Francisco
Coordenador Geral de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena
CGMASI/DGESI/SESAI/MS

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA

Anexo 1. Descrição das população residentes informadas sobre as etnias kanela, kanela rankokrame e kanela apaniekra, Brasil, 2013 a 2014 - Dados Preliminares.

Ano	Sexo	Etnia	População residente					Total
			<1 ano	1-4 anos	5-14 anos	15-49 anos	≥50 anos	
2013	Masculino	KANELA	0	105	95	79	15	294
2013	Masculino	KANELA APANIEKRA	0	12	65	140	36	253
2013	Masculino	KANELA RANKOKRAMEKRA	0	26	292	532	99	949
2014	Masculino	KANELA	IGN	IGN	IGN	IGN	IGN	IGN
2014	Masculino	KANELA APANIEKRA	IGN	IGN	IGN	IGN	IGN	IGN
2014	Masculino	KANELA RANKOKRAMEKRA	IGN	IGN	IGN	IGN	IGN	IGN
2013	Feminino	KANELA	0	115	63	75	17	270
2013	Feminino	KANELA APANIEKRA	1	10	61	161	34	267
2013	Feminino	KANELA RANKOKRAMEKRA	0	30	274	543	95	942
2014	Feminino	KANELA	IGN	IGN	IGN	IGN	IGN	IGN
2014	Feminino	KANELA APANIEKRA	IGN	IGN	IGN	IGN	IGN	IGN
2014	Feminino	KANELA RANKOKRAMEKRA	IGN	IGN	IGN	IGN	IGN	IGN

Fonte: Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI); IGN=Ignorado

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA

Anexo 2. Principais causas prováveis de mortalidade notificadas para as etnias: kanela, kanela rankokrame e kanela apaniekra, Brasil, 2013 a 2014 - Dados Preliminares.

Etnia do(a) Indígena	Provável Causa Básica do Óbito (CID 10)	Ano 2013	Ano 2014	Total Geral
KANELA	J96.9 Insuf respirat NE	1	0	1
KANELA Total		**1**	**0**	**1**
KANELA APANIEKRA	I50.0 Insuf cardiaca congestiva	0	1	1
	I51 Complic cardiopatias doenc cardiacas mal def	0	1	1
	R54 Senilidade	1	0	1
	R96 Outr mortes subitas de causa desconhecida	4	0	4
	R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	0	1	1
KANELA APANIEKRA Total		**5**	**3**	**8**
KANELA RANKOKRAMEKRA	A16.9 Tuberc respirat NE s/menc conf bact ou hist	1	0	1
	A41.9 Septicemia NE	1	0	1
	E14 Diabetes mellitus NE	1	0	1
	E14.8 C/compl NE	0	1	1
	I46.9 Parada cardiaca NE	0	1	1
	I50 Insuf cardiaca	0	1	1
	J06 Infecc agudas vias aereas super loc mult NE	0	2	2
	J06.9 Infecc aguda das vias aereas super NE	0	6	6
	J18.8 Outr pneumonias dev microorg NE	0	1	1
	K59.1 Diarreia funcional	0	1	1
	Q42.3 Ausencia atresia estenose congen anus s/fist	0	1	1
	R54 Senilidade	1	0	1
	R96 Outr mortes subitas de causa desconhecida	1	0	1
	R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	1	0	1
	W19 Queda s/especificacao	1	0	1
KANELA RANKOKRAMEKRA Total		**7**	**14**	**21**
Total Geral		**13**	**17**	**30**

Fonte: Questionário eletrônico FORMSUS e Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)

ANEXO C - TABELA DE CAPÍTULOS DA CID-10

Mortalidade - CID-10

Tabela de Capítulos da CID-10

Capítulo	Descrição	Códigos da CID
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00-B99
II	Neoplasias [Tumores]	C00-D48
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D50-D89
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E00-E90
V	Transtornos mentais e comportamentais	F00-F99
VI	Doenças do sistema nervoso	G00-G99
VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	H60-H96
IX	Doenças do aparelho circulatório	I00-I99
X	Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93
XII	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	L00-L99
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00-M99
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	P00-P96
XVII	Malformações congênitas, deformidas e anomalias cromossômicas	Q00-Q99
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R99
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	S00-T98
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	V01-Y98
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z00-Z99
Ign	CID não especificado ou inválido	

Para classificação de causas de óbitos, não são utilizados os capítulos XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (S00-T98) e XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99).