

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS**  
**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO AMBIENTAL**

TERESA CRISTINA EVANGELISTA DOS ANJOS

**POLÍTICAS PÚBLICAS, QUALIDADE DE VIDA E PARTICIPAÇÃO**  
**DEMOCRÁTICA: O DIREITO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS EM**  
**RORAIMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito Ambiental da Universidade do Estado do Amazonas como requisito para a obtenção do título de Mestre em Direito Ambiental.

Orientadora: Profa. Dra. Clarice Seixas Duarte

Manaus  
2008

**TERESA CRISTINA EVANGELISTA DOS ANJOS**

**POLÍTICAS PÚBLICAS, QUALIDADE DE VIDA E PARTICIPAÇÃO  
DEMOCRÁTICA: O DIREITO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS EM  
RORAIMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito Ambiental da Universidade do Estado do Amazonas como requisito para a obtenção do título de Mestre em Direito Ambiental.

Orientadora: Profa. Dra. Clarice Seixas Duarte

Manaus  
2008

#### Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

A596p Anjos, Teresa Cristina Evangelista dos.  
Políticas públicas, qualidade de vida e participação democrática : o direito à saúde dos povos indígenas em Roraima / Teresa Cristina Evangelista dos Anjos. -- Boa Vista, 2008.  
179 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Clarice Seixas Duarte.  
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Direito ambiental. Universidade do Estado do Amazonas.

1 – Políticas públicas. 2 – Povos indígenas. 3 – Direitos indígenas 4 - Saúde. 5 – Roraima. I - Título. II – Duarte, Clarice Seixas.

CDU- 342.57(=1-82)(811.4)

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

TERESA CRISTINA EVANGELISTA DOS ANJOS

### **POLÍTICAS PÚBLICAS, QUALIDADE DE VIDA E PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA: O DIREITO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS EM RORAIMA**

Dissertação aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Direito Ambiental da Universidade do Estado do Amazonas, pela Comissão Julgadora abaixo identificada.

Manaus, 19 de setembro de 2008.

Presidente: Profa. Dra. Clarice Seixas Duarte  
Universidade do Estado do Amazonas-UEA

Membro: Prof. Dr. Fernando Mussa Abujamra Aith  
Fundação Getúlio Vargas-SP

Membro: Profa. Dra. Deise Lucy Oliveira Montardo  
Universidade do Federal do Amazonas-UFAM

A meus pais Maria Terezinha Evangelista (*in memória*), Carlos Alberto Valle Evangelista e Tânia Maria Machado Evangelista; a meu especial-amado esposo Daniel José Santos dos Anjos, pela compreensão das ausências, por proporcionar chegar até aqui e todas as renúncias que envolveram estar aqui; a meus amados e especiais filhos Matheus José Evangelista dos Anjos e Arthur José Evangelista dos Anjos, pelo amor incondicional e saudades incontidas; a meus queridos e especiais irmãos Carlos Alberto Júnior, Carlos Augusto, Jorge Alberto, Luis Eduardo, Isabel Cristina, Carlos André e Débora Cristina pela força e palavra amiga nas horas bem difíceis e por fim a todos os meus familiares sempre presentes até em orações.

Agradeço a Deus a minha vida com saúde!

A minha grande família, pais, esposo, filhos, irmãos e demais familiares.

Agradecimentos especiais a minha orientadora Professora Doutora Clarice Seixas Duarte, pela dedicação especial, paciência e compreensão para com os meus limites. A Professora Doutora Deise Lucy Oliveira Montardo, professora convidada da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, minha co-orientadora, pela paciência para com minhas ausências. Ao Professor Doutor Fernando Dantas, que, ao conhecer nossa universidade, entendeu a real necessidade de capacitação do nosso curso de Direito, nos remetendo Edital para ingresso em 2006 nesse programa de excelência que é o Programa de Pós-Graduação em Direito Ambiental da Universidade do Estado do Amazonas - UEA. Ao Professor Doutor Joaquim Shiraishi Neto, que de certa forma sugeriu o assunto pesquisado, bem como a Professora Doutora Andréa Borghi, pela co-autoria na sugestão do assunto. A todo o corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Direito Ambiental da Universidade do Estado do Amazonas - UEA. No entanto, por dever de gratidão não posso deixar de mencionar, dentre outros, especialmente os Professores Doutores Ozório Menezes, Serguei Franco e Walmir Barbosa, sempre presentes nas salas e dependências do Programa de Mestrado na UEA, sempre prontos a ajudar, tirar dúvidas e quaisquer esclarecimentos de última hora. Aos assessores Clarissa Caminha e Carlos Francismalber, sempre atentos e solícitos, meu, muito obrigada.

Agradecimentos, não devem deixar de ser feitos principalmente quando surge tal oportunidade de se fazer, aos meus amigos que sempre confiaram, especialmente, aos amigos manauenses, que nesse período de afastamento familiar, deram a mim mais que suas amizades pessoais, por vezes deram-me emprestado suas próprias famílias, as irmãs Arlete e Arlinda Batista Lima, Marcos Nascimento, o casal, Martha e José Pereira e suas filhas Mônica e Marjorie, obrigada de coração.

A Universidade Federal de Roraima – UFRR, nas pessoas de Antônia e Railma, funcionárias e amigas pessoais, por acreditarem.

A FUNASA-RR, na pessoa do funcionário, Robson Mangueira, Especialista em Gestão e Gerência de Sistemas de Saúde, pelas informações e documentos fornecidos e/ou postos à disposição.

“somos todos iguais, sendo diferentes; somos todos diferentes, mas essencialmente iguais em dignidade e direito” Luciano Mariz Maia

“no Brasil todo mundo é índio, exceto quem não é”  
Eduardo Viveiros de Castro

## RESUMO

A presente dissertação trata da regulação jurídica estatal instituída no Brasil com a finalidade de proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas por meio de políticas públicas. Objetiva-se analisar se a atual regulamentação jurídica de proteção, promoção e recuperação da saúde indígena é compatível com as peculiaridades pertinentes a esses povos. O reconhecimento de seus modos de ser, fazer e viver lhes foi garantindo constitucionalmente, pela primeira vez em nossa história, através da Constituição Federal de 1988, em seu art. 231. Verificamos que a participação desses povos, sozinhos ou de forma coletiva, através de suas comunidades, como novos atores nos movimentos sociais, tem gerado novas e peculiares formas de elaboração de políticas públicas. Especialmente no que diz respeito à proteção, promoção e recuperação da saúde específica e diferenciada desses povos e suas comunidades, merece destaque a organização de Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI's, espaços de concretização e democratização do direito à saúde desses grupos. Ao final do trabalho, procedeu-se a uma análise do Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima-RR, a fim de se verificar o seu potencial como instrumento de participação popular na elaboração e no controle social de políticas públicas, levando-se em conta o modelo teórico de conceituação jurídica de políticas públicas utilizado na presente dissertação.

**Palavras-Chave:** Povos indígenas, políticas públicas, saúde, Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Constituição Federal de 1988.



## ABSTRACT

This dissertation refers to the state juridical regulation instituted in Brazil with the purpose of protecting, promoting and recovering the indigenous people health through public policies. It intends to analyze if the existing juridical regulation of protection, promotion and recovery of the indigenous health is compatible with the related peculiarities of those people. The recognition of their way of life was constitutionally assured, for the first time in history, through the Brazilian Federal Constitution of 1988 in its article 231. It was verified that the involvement of those people, alone or in a collective way through their communities, as new actors in the social movements, has been generating new and peculiar forms of public policies elaboration. Especially concerning the protection, promotion and recovery of the specific and differentiated health of those people and their communities, the organization of Indigenous Special Sanitary Districts (DSEI's), which is spaces that materialize and democratize the right to the health of those groups, deserves prominence. At the end of this dissertation, the Eastern Roraima Indigenous Special Sanitary District was analyzed in order to verify it's potential as instrument of popular participation in the elaboration and in the social control of public policies, taking into account the theoretical model of juridical conception of public policies used in the current dissertation.

**Key words:** Indigenous people, public policies, health, Indigenous Special Sanitary Districts, Brazilian Federal Constitution - 1988

## SUMÁRIO

Introdução.....	13
<b>CAPÍTULO I - O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988</b>	
1.1 Breve panorama histórico do direito à saúde no Brasil.....	17
1.1.1 As Conferências Nacionais de Saúde.....	19
1.1.2 A 8ª Conferência Nacional de Saúde e a proposta de Reforma Sanitária.....	33
1.2 Os princípios aplicáveis aos direitos fundamentais de caráter social à luz do Estado Social Democrático de Direito.....	41
1.3 A saúde como direito fundamental de caráter social e seu regime jurídico diferenciado: natureza jurídica, objeto e alcance.....	46
<b>CAPÍTULO II – A CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988, AS POLÍTICAS UNIVERSAIS DE ATENDIMENTO À SAÚDE E O DIREITO À DIFERENÇA</b>	
2.1 As políticas públicas como objeto de concretização dos direitos sociais: conceito e elementos.....	48
2.2 O Sistema Único de Saúde e a regulação do direito universal à saúde.....	53
2.2.1 Aspectos constitucionais: diretrizes, princípios, estrutura de funcionamento, previsão de recursos e atribuições.....	58
2.2.2 Os mecanismos de execução e gestão: a Lei nº 8.080 de 1990.....	61
2.2.3 A participação popular no exercício do controle social e a Lei nº 8.142 de 1990.....	65
2.3 Universalização da assistência e o direito à diferença.....	72
<b>CAPÍTULO III – POVOS INDÍGENAS, ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO E PARTICIPAÇÃO POPULAR</b>	
3.1 Especificidades étnico-culturais e direitos diferenciados.....	79
3.2 Modos de ser, fazer e viver dos povos indígenas e sua proteção jurídica .....	82
3.3 Os espaços essenciais para a vida indígena.....	85
3.4 Os instrumentos de participação democrática e as demandas indígenas.....	91
<b>CAPÍTULO IV – A CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS: O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA</b>	
4.1 As Conferências Nacionais de Saúde Indígena como espaços de luta pelo direito à saúde... ..	98
4.2 O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: princípios, diretrizes, estrutura de funcionamento e mecanismos de execução.....	113
4.3 Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI’s: espaços de concretização e democratização do direito à saúde (Portaria nº 852 de 1999).....	127
4.3.1 Conselhos Distritais e Locais: composição e competências.....	131
4.3.2 A participação dos povos indígenas na elaboração e gestão de políticas públicas de saúde: o exercício do controle social por meio da participação nos Conselhos Distritais e Locais.....	139
4.4 O Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima-RR: estrutura administrativa e atuação.....	146
4.4.1 Análise do Plano de Trabalho, Ações Pactuadas: Período 2007- 2008 do Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima sob a perspectiva do modelo teórico de	

conceituação jurídica das políticas públicas.....	155
Conclusão.....	168
Referências.....	172

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 01	Mapa dos Distritos Sanitários Indígenas.....	120
Mapa 02	Mapa de Roraima com a Localização do DSEI Leste de Roraima-RR.....	155
Figura 01	Organização do DSEI e Modelo Assistencial.....	127

## LISTA DE SIGLAS

AIS	Agentes Indígenas de Saúde
ANAI	Associação Nacional de Apoio ao Índio
APP	Áreas de Preservação Permanente
CDB	Convenção Diversidade Biológica
CIR	Conselho Indígena de Roraima
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CORE	Coordenações Regionais
DESAI	Departamento de Saúde Indígena
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSEI'S	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EVS	Equipes Volantes de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não Governamental
OIT	Organização Internacional do Trabalho
SIASI	Sistema Integrado de Informação à Saúde Indígena
SPILTN	Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde

## Introdução

O Direito à saúde é um dos principais direitos fundamentais reconhecidos no Brasil. A Constituição Federal de 1988 dedicou a esse direito específico um conjunto normativo extremamente rico e complexo, conjunto esse que exige atenção especial de todos aqueles que possuem interesse na proteção e promoção desse direito.

A partir da nova regulação da área da saúde dada pela Constituição Federal de 1988, o Direito brasileiro assistiu a uma profusão de novos institutos normativos voltados à redução dos riscos de doença e de outros agravos à saúde, bem como ao estabelecimento de condições normativas que possibilitem o acesso universal, integral e igualitário às ações e serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde. A esse conjunto de normas e institutos voltados à saúde denominamos de Direito Sanitário (AITH, 2007, p.71)<sup>1</sup>.

A presente dissertação tem por finalidade analisar o tratamento jurídico das questões afetas aos povos indígenas e suas comunidades, nos plano nacional e internacional, já que inicialmente foram as normas internacionais que serviram de base para a elaboração das legislações específicas voltadas às políticas públicas de saúde indígena que vêm sendo implementadas pelo Brasil. A existência de diversos instrumentos normativos de eficácia supranacional torna certa a inserção dos direitos dos povos indígenas e de suas comunidades no Direito Internacional dos Direitos Humanos, verdadeiro referencial para elaboração das leis e das políticas públicas locais relativas a esses povos (SANTOS FILHO, 2008, p.13)<sup>2</sup>.

O presente trabalho tem, ainda, o escopo de assentar a existência do direito indigenista nos planos nacional e internacional, isto é, a existência de um sistema positivo de normas postas a favor dos povos indígenas, relacionado aos povos indígenas e suas comunidades, que

---

<sup>1</sup> AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário – a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

<sup>2</sup> SANTOS FILHO, Roberto Lemos dos. **Apontamentos sobre o direito indigenista**. 1ª ed. 4ª tir. Curitiba: Juruá, 2008.

não se confunde com o direito indígena, pois que não produzido pelos próprios povos indígenas e suas comunidades, no interior de suas organizações, de acordo com seus costumes, e para regular suas relações internas (SANTOS FILHO, 2008, p.13)<sup>3</sup>.

Partiu-se da consideração da saúde como um direito humano, fundamental, de caráter social, pertencente a todos, que deve ser prestado de forma universal, integral e igualitária pelo Estado. Tal postura foi assumida após a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, que garantiu esse direito de forma extensiva a todos, brasileiros e estrangeiros residentes no país. A Constitucionalização do direito fundamental e social à saúde pode ser vista como resultado da aplicação de normas internacionais de Direitos Humanos, econômicos, sociais e culturais (AITH, 2007, p.71)<sup>4</sup>.

Assim, no primeiro capítulo, foram analisadas as Conferências Nacionais de Saúde, mais especificamente a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde se originaram as reivindicações relativas à promoção, proteção e recuperação da saúde contempladas na Constituição Federal de 1988. Mereceu especial consideração a opção da Constituição Federal de 1988 pelo Estado Social e Democrático de Direito, baseado na participação popular no processo de tomada de decisões políticas e na intervenção do Estado na ordem social para melhoria das condições de vida dos grupos vulneráveis, com a conseqüente redução das desigualdades existentes na sociedade e obtenção de maior justiça social.

O segundo capítulo teve como objeto a política pública de saúde delineada na própria Constituição Federal de 1988, em seu capítulo sobre a saúde. A instituição de um Sistema Único de Saúde – SUS, com organização, diretrizes e princípios vetores próprios constitui uma forma de concretização deste importante direito social, representando, apesar de suas

---

<sup>3</sup> SANTOS FILHO, Roberto Lemos dos. **Apontamentos sobre o direito indigenista**. 1ª ed. 4ª tir. Curitiba: Juruá, 2008.

<sup>4</sup> AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário – a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

lacunas e falhas, um avanço em relação ao tratamento jurídico anteriormente dispensado à saúde.

Foram analisadas as Lei n° 8.080/1990 e 8.142/1990 – Leis Orgânicas da Saúde, especialmente no que se refere às suas diretrizes básicas e princípios motores. Em seguida foi apreciada a composição dos Conselhos de Saúde, como órgãos especiais que possibilitam a participação da população na formulação e planejamento de políticas públicas de saúde.

Já o capítulo três abordou as questões étnico-culturais que posteriormente deram origem ao Subsistema de Saúde Indígena, integrante do Sistema Único de saúde, considerando a criação de formas diferenciadas de promoção, proteção e recuperação da saúde desses povos e de suas comunidades, levando-se em conta, além da particularidade de cada comunidade, a participação e o respeito aos modelos tradicionais de concepção do processo saúde/doença de cada comunidade.

O quarto e último capítulo descreveu o processo de implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que teve seu marco inicial na mobilização social dos povos indígenas que, participando ativamente em fóruns nacionais, conseguiram espaços específicos para reivindicarem suas demandas. Foi dado destaque em apresentar as quatro Conferências Nacionais de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas, como espaços de luta pela concretização do direito à saúde desses povos, de onde se originou o referido Subsistema e conseqüentemente a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI's.

No processo de construção e implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que efetiva suas ações através dos DSEI's, mereceu análise a composição dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde, instituídos no âmbito do Subsistema, como locais privilegiados de participação na construção, gestão e controle de políticas públicas dirigidas especificamente a estes povos.



Finaliza o capítulo, com a análise do Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima-RR, abordando sua estrutura administrativa e de atuação, bem como da avaliação do Plano de Trabalho ali elaborado sob a perspectiva de uma política pública.

Note-se que o objetivo da presente dissertação foi o de apresentar um panorama geral da política pública de saúde indígena, com base na legislação nacional que vem sendo implementada no Brasil, enfocando as articulações com os processos de mudanças sociais, econômicas, ambientais e políticas nas quais essas ações estão envolvidas. Buscou-se estabelecer parâmetros entre o que existe em termos de legislação relativa à política de saúde indígena e o que especificamente se tem conseguido efetivar por meio dessa política.

Dentre as várias fontes de informação utilizadas, lançamos mão da legislação nacional supra citada e internacional indigenista (especialmente Convenção n° 169 – Organização Internacional do Trabalho - OIT, Agenda 21, Declaração de Alma Ata).

Frisamos que uma melhor compreensão do complexo e dinâmico quadro da saúde indígena é fundamental para o planejamento e avaliação de programas e serviços de saúde, através das políticas públicas destinadas ao atendimento dessas populações (SANTOS e COIMBRA JÚNIOR, 2003, p. 14)<sup>5</sup>.

Pois, a implantação dos DSEI's, por si só, não é capaz de equacionar todos os problemas que envolvem os povos indígenas no Brasil, mas sem dúvida, representa uma contribuição essencial na prestação diferenciada de ações e serviços de saúde para respectivos povos (GARNELO, MACEDO e BRANDÃO, 2003, p.86)<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JÚNIOR, Carlos Eduardo A. **Cenários e tendências da saúde e a epidemiologia dos povos indígenas no Brasil**. In: COIMBRA JÚNIOR, Carlos Eduardo A. (org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/ABRASCO, 2003.

<sup>6</sup> GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organiza Pan-Americano da Saúde, 2003.

## CAPÍTULO I – O DIREITO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

### 1.1 Breve panorama histórico do direito à saúde no Brasil

O direito à saúde <sup>7</sup> no Brasil tem mostrado uma evolução histórica muito peculiar. As maiores mudanças no sistema de proteção social do país, cristalizadas na Constituição Federal de 1988, foram fruto das conquistas e exigências dos movimentos populares. Com o fim do regime militar e o processo de redemocratização do país, desenhou-se um novo modelo de Estado, fundado na organização de sistemas públicos de saúde, educação, previdência social etc., planejados para atender as demandas coletivas.

Em meados da década de 1970, o país assiste a um vigoroso movimento de setores da sociedade civil, que se organizam para exigir a democratização e descentralização da saúde,

---

<sup>7</sup> Conceituar saúde é tido como um problema recente e que surgiu da necessidade de planejar ações de saúde, individuais ou coletivas. No preâmbulo da constituição da Organização Mundial de Saúde - OMS, em 07 de abril de 1948, o seguinte conceito foi formulado: “Saúde é o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.” Será esse o conceito a ser utilizado neste trabalho. De acordo com Sueli Gandolfi Dallari (2007, p. 17-18), “A complexidade desse conceito, que reconhece a essencialidade do equilíbrio interno e dos seres humanos com o ambiente (bem-estar físico, mental e social) para compreender saúde faz com que ele somente possa ser determinado em cada realidade sócio-econômica e cultural”. Prefácio. In: AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário – a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007. Conceito este reafirmado enfaticamente na Declaração de Alma Ata - URSS, em 12 de setembro de 1978, que redimensiona a saúde acrescentando ser esse direito à saúde, um direito humano fundamental e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, item I da Declaração. No item IV, da mesma Declaração, invoca a participação individual e coletiva das sociedades no planejamento e na execução dos cuidados de saúde. Tem-se aqui o embrião da participação e do controle social por parte da população. Adianta mais ainda sobre o papel das estruturas locais como as mais propícias a prestar os cuidados primários de saúde para respectiva comunidade, enquanto no item VI, enuncia, que os cuidados de saúde devem ser levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vive e trabalham, no caso já dando o enfoque da municipalização dos serviços ou mesmo a distritalização como opção a ser escolhida. **Documentos Internacionais**. In: ARANHA, Márcio Iorio; TOJAL, Sebastião Botto de Barros. (orgs.). Curso de especialização em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Universidade de Brasília, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ/REFORSUS, Ministério da Saúde. [s.d.]. p. 563-565. Conclui Sueli Gandolfi Dallari (2007, p. 21), “De fato, a efetivação do direito à saúde exige que o legislador ouça a comunidade para fazer uma lei que obedeça aos mandamentos constitucionais da forma mais adequada à concepção de saúde dessa comunidade. Assim como é preciso que o administrador, obedecendo à Constituição e as leis, encontre junto à comunidade o sentido exato de saúde que ela alberga”. Prefácio. In: AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário – a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

entendida como um direito universal, a ser estendido a todos e garantido pelo Estado sob o controle público.

Contudo, antes disso o direito à saúde foi durante muitos anos negligenciado pelos Poderes Públicos, apenas reconhecido como um direito do trabalhador formal e, mesmo assim, como forma de não onerar os custos de produção nas hipóteses de agravos à saúde, sendo, ainda assim, visto como um favor prestado ao trabalhador. Direito protegido, mas não providenciado, nem mantido pelo Estado, e sim pelo empregador, que realizava convênios com caixas de assistência prestadoras de serviços de saúde. O Estado reconhecia o direito a receber a assistência à saúde apenas aos trabalhadores que tinham sua categoria profissional reconhecida legalmente e que, portanto, contribuíam para a Previdência. O Estado não adotava uma postura intervencionista, apenas administrava os indivíduos que estavam sob sua jurisdição.

Muito embora o discurso da Reforma Sanitária, com sua proposta de criação de um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, mas descentralizado, tenha sido idealizado na década de 1970, foi apenas com a promulgação da Constituição de 1988 que a reforma foi institucionalizada e consagrada. Foi nesse momento que o movimento sanitário brasileiro conseguiu inscrever na Constituição de 1988 o seu projeto de um sistema público de saúde capaz de assegurar a todos os cidadãos a plenitude desse direito.

A inclusão de direitos e garantias<sup>8</sup>, não apenas na Constituição Federal, como também nas constituições dos estados e em uma série de leis infraconstitucionais, dá aos cidadãos que vivem sob sua jurisdição a expectativa de cumprimento desses preceitos. O processo de

---

<sup>8</sup> Segundo José Afonso Silva (2006, p. 59), “A Constituição, de fato não consigna regra que aparte as duas categorias, nem sequer adota terminologia precisa a respeito das garantias [...], mas deixa à doutrina pesquisar onde estão os direitos e onde se acham as garantias.” Mas, “Rui Barbosa já dizia que uma coisa são os direitos, outra são as garantias, pois devemos separar, ‘no texto da Lei Fundamental, as disposições meramente declaratórias, que são as que imprimem existência legal aos direitos reconhecidos, e as disposições assecuratórias, que são as que, em defesa dos direitos, limitam o poder’”, citado por SILVA, José Afonso. **Comentário contextual à constituição**. 2ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2006.

positivação, nas constituições contemporâneas<sup>9</sup>, dos objetivos mais relevantes de uma sociedade transforma-os em objetivos juridicamente vinculantes, passíveis de exigibilidade judicial em caso do seu não cumprimento<sup>10</sup>.

O direito à saúde foi um desses preceitos. Atualmente, é reconhecido como um direito humano de caráter social e que, como os demais direitos humanos dessa natureza, exige, para a sua realização concreta, o envolvimento do Estado.

A Constituição Brasileira de 1988 contemplou a saúde como um direito social a ser promovido pelo Estado e, pela primeira vez em um texto constitucional brasileiro, a saúde foi concebida como um bem universal a ser promovido para todos os cidadãos.

Passemos a analisar as Conferências de Saúde, pois estas nos darão indicativos de como o direito à saúde se desenvolveu ao longo da história política e social brasileira e como chegou ao ponto alto em que se encontra hoje: direito humano que, constitucionalmente reconhecido, passou a categoria de fundamental, e universal. Adquiriu, ainda, constitucionalmente o caráter social e, portanto, a ter como objeto de efetivação políticas públicas econômicas e sociais.

### 1.1.1 As Conferências Nacionais de Saúde

No Brasil, as Conferências Nacionais de Saúde acontecem desde 1941 e, até 2007 foram treze conferências nacionais de saúde, inicialmente a periodicidade prevista era para que ocorressem no máximo, de dois em dois anos, embora não tenha sido observado, como

---

<sup>9</sup> Cf. Sueli Gandolfi Dallari (2000, p. 113), “A constituição contemporânea é o documento onde se registram as conquistas do povo, em especial no que diz respeito aos direitos e garantias, a organização do governo e os mecanismos de controle do exercício de poder”. **Organização jurídica da administração pública em saúde**. In: ROZENFELD, S. (Org.). Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

<sup>10</sup> Cf. José Afonso Silva (2006, p. 177), A Constituição Federal prevê, ainda, a intervenção do povo, tanto por seus representantes eleitos, quanto por organismos compostos por pessoas da comunidade, como forma de atuação e controle das políticas públicas. SILVA, José Afonso. **Comentário contextual à constituição**. São Paulo: Malheiros Editores, 2006. No caso da saúde, este controle se dá através das Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, exercitando assim preceito normativo de controle social. Art. 1º, incisos I e II, Lei nº 8.142 de 1990 e Art. 196, inciso III, da Constituição Federal de 1988.

veremos adiante<sup>11</sup>. Todas de grande importância como geradoras de mudanças e base na formulação de políticas públicas de saúde.

A situação sanitária no Brasil e a Política Nacional de Saúde foram discutidas pela primeira vez, a nível nacional, apenas na 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963 (BALSEMÃO, 2003, p. 302-303)<sup>12</sup>.

Ainda nos anos 1960, dentro da ditadura militar, constata-se uma paralisia no processo político institucional na área da saúde. Foram anos de sofrimento impostos pelo regime militar, afetando principalmente os movimentos sociais (BALSEMÃO, 2003, p. 302-303)<sup>13</sup>.

Antes mesmo da chamada transição democrática, entre os anos 1960 e 1970, estabeleceu-se o chamado Movimento Sanitário, no âmbito nacional, envolvendo desde estudantes, profissionais de saúde, docentes e pesquisadores das universidades, sindicatos dos trabalhadores, associações de bairros e minorias, dentre outras, que, indignados com as precárias condições de saúde<sup>14</sup>, opuseram-se ao governo militar e buscaram alternativas para a política de saúde, propondo uma ampla reforma no Sistema Nacional de Saúde, então implantado, mas que não atendia nem as necessidades, nem os anseios do povo brasileiro.

Conforme Jairnilson Silva Paim (1994, p. 455)<sup>15</sup>, “A reforma sanitária constitui uma proposta abrangente de mudança social no Brasil e, ao mesmo tempo, um processo de transformação da atual situação sanitária”.

---

<sup>11</sup> Somente a partir da Constituição Federal de 1988, instituindo um sistema único de saúde, para todo o Brasil e da promulgação de algumas normas infraconstitucionais, versando sobre a composição do Sistema Único de Saúde e seus órgãos colegiados, como as Conferências e os Conselhos, foi que suas composição e normas de funcionamento foram editadas, respectivamente pelas Leis nº 8.080/1990 e 8.124/1990, que no conjunto são conhecidas como as Leis Orgânicas da Saúde – LOS. No Art. 1º, incisos I e II, §§ 1º, 2º, 4º e 5º, da Lei nº 8.142/1990, a previsão da periodicidade, que passou a ser de quatro em quatro anos, também, passou a ser mais observada, até mesmos pelos dispositivos de controle ali existente.

<sup>12</sup> BALSEMÃO, Adalgiza. **Competências e rotinas de funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil**. In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito sanitário e saúde pública/ Ministério da Saúde, Secretária de Gestão e Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

<sup>13</sup> BALSEMÃO, Adalgiza. Op. cit.

<sup>14</sup> Mesmo aqueles que eram contemplados por essa assistência à saúde, estavam descontentes. Apenas tinham direito à assistência à saúde, profissionais que tivessem suas atividades profissionais reconhecidas oficialmente pela legislação vigente, e que contribuíssem para Previdência.

<sup>15</sup> **A reforma sanitária e os modelos assistenciais**. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. Epidemiologia & Saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

A 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980 é considerada uma propulsora das propostas levadas à discussão na 8ª Conferência Nacional de Saúde, e concretizadas na Constituição Federal de 1988, através de Programas de Ações Integradas de Saúde - AIS, com objetivo de tornarem mais eficazes e eficientes as ações produzidas dentro do sistema vigente, foram ampliando-se gradativamente os serviços de saúde prestados e a abrangência dos beneficiados.

No entanto, é consenso que uma das mais importantes delas foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, resultante que foi da chamada Reforma Sanitária brasileira, servindo de base para a elaboração e inserção desse direito na Constituição Federal de 1988, como um direito fundamental de caráter social, como anteriormente destacado, dando nascimento ao Sistema Único de Saúde - SUS.

Faremos aqui um registro cronológico das Conferências Nacionais de Saúde com algumas observações específicas de cada uma delas<sup>16</sup>, o que nos fornecerá um breve panorama da evolução desse direito no Brasil.

- 1941: 1ª Conferência Nacional de Saúde do Brasil. Ocorreu durante o Governo do Presidente Getúlio Vargas que tinha como Ministro da Educação e Saúde o Senhor Gustavo Capanema. Em 1937, houve uma nova organização do Ministério da Educação e Saúde, quando foi editada a Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, e através do Art. 90<sup>17</sup>, da respectiva lei, foram instituídas a Conferência Nacional de Educação e a Conferência

---

<sup>16</sup> Os dados aqui apresentados foram baseados nas informações contidas no artigo de BALSEMÃO, Adalgiza. **Competências e rotinas de funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil.** In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito sanitário e saúde pública/ Ministério da Saúde, Secretária de Gestão e Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 302-303 e complementados com demais informações obtidas através do site, <<http://www.saude.gov.br/conferencias>>. Acesso em 05 de maio de 2008.

<sup>17</sup> Lei nº 378 de 13/01/1937, “Art. 90 – Ficam instituídas a Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde, destinados a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizados em todo país e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais. Parágrafo Único – A Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde serão convocados pelo Presidente da República, com intervalos máximos de dois em dois anos, nelas tomando parte autoridades administrativas que representem o Ministério da Educação e Saúde e os governos do Estado, do Distrito Federal e do território do Acre”. <<http://www.saude.gov.br/conferencias>>. Acesso em 05 de maio de 2008.

Nacional de Saúde, como órgãos destinados a promover o permanente entendimento deste Ministério com os governos estaduais e, por intermédio destes, com as administrações municipais, no terreno da Administração dos negócios de sua competência.

A convocação para referidas conferências apenas efetivou-se quatro anos depois, através de Decreto Presidencial nº 6.788, de 30 de janeiro de 1941<sup>18</sup>, em primeira ordem para que ocorresse ainda naquele ano por designação do Ministério da Educação e Saúde, através da Portaria Ministerial nº 73, de 25 de abril de 1941, que designava os dias 22 e 29 de junho do corrente ano, como as datas de instalação das respectivas, 1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde. A mesma portaria designava o vice-presidente, secretários gerais, relatores gerais, dentre outras providências. No entanto, sentindo-se necessidade de um maior conhecimento da situação vivida pelos estados, municípios e territórios brasileiros, foi adiada a instalação das respectivas conferências e requisitou mais informações através da aplicação de Questionários elaborados pelo Governo Federal e remetidos aos municípios e estados. Assim, o Governo fez, previamente, um levantamento das questões prioritárias e dos problemas enfrentados, pelos municípios e estados em cada um dos assuntos, educação e saúde. Só então deu procedimento a convocação e determinação das datas para realização das conferências. Através do Decreto nº 8.090, de 20 de outubro de 1941, o Presidente convocou e fixou as datas para as 1ª Conferência Nacional de Educação, a realizar-se no período de 03 a 08 de novembro e da 1ª Conferência Nacional de Saúde, para o período de 10 a 15 de novembro, ambas no ano de 1941.

- 1950: 2ª Conferência Nacional de Saúde. Realizada no Rio de Janeiro, no período de 21 de novembro a 02 de dezembro, sendo Ministro da Educação e Saúde à época o Sr. Pedro Calmon. Não obedeceu, o preceito legal quanto à sua periodicidade, que era de no máximo

---

<sup>18</sup> O Decreto Presidencial, não fixava data, e sim de que respectivas Conferências deviam ocupar-se dos diferentes problemas da saúde e assistência e de modo específico citava quatro itens, relativos à saúde: a) organização sanitária estadual e municipal; b. ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e tuberculose; c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços de saneamento; d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

dois em dois anos <sup>19</sup>, já que haviam se passado nove anos da realização da primeira conferência. Ocorreu quando a saúde ainda estava vinculada ao Ministério da Educação e Saúde<sup>20</sup>. Os dados sobre essa conferência são muito escassos.

- 1963: 3ª Conferência Nacional de Saúde. Foi a primeira a tratar e discutir de fato uma política setorial para saúde, como mencionado e acontecendo treze anos após a segunda. Realizada no Rio de Janeiro, no período de 09 a 15 de dezembro de 1963, às vésperas do Golpe Militar, foi a primeira a realizar-se após a criação do Ministério da Saúde, nos termos da Lei n° 1.920, de 25/07/1953. Tinha à frente do Ministério o Senhor Wilson Fadul<sup>21</sup>, que solicitou ao então Presidente da República João Goulart a sua convocação oficial. O tema oficial proposto foi “A Situação Sanitária da População brasileira”. Além da apreciação geral do problema, os seguintes temas foram previstos: distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; municipalização dos serviços de saúde <sup>22</sup> e fixação de um plano nacional de saúde.

A conferência foi convocada e foram nomeados 95 (noventa e cinco) participantes, entre delegados, representando os estados membros, secretários de saúde e instituições e ou organizações afetas à área de saúde. A partir da 3ª Conferência, pode-se notar a adoção de um tema, ou temas como base a nortear os debates e as discussões.

---

<sup>19</sup> Lei n° 378 de 13/01/1937, parágrafo único do Art. 90, já transcrito anteriormente.

<sup>20</sup> O Ministério da Saúde foi instituído em 25 de julho de 1953, através da Lei n° 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura. < <http://www.saude.gov.br/historia>>. Acesso em 05 de julho de 2008.

<sup>21</sup> O portal do Ministério da Saúde faz o seguinte comentário a respeito do ministro Wilson Fadul e da 3ª Conferência Nacional de Saúde, “Outro marco da história da saúde no âmbito ministerial ocorreu em 1953, com a realização da III Conferência Nacional da Saúde (CNS), convocada pelo ministro Wilson Fadul, árduo defensor da tese da municipalização. A Conferência propunha reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária e alinhamentos gerais para determinar uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação visando, sobretudo, a municipalização”. < <http://www.saude.gov.br/historia>>. Acesso em 05 de julho de 2008.

<sup>22</sup> Já então se pensava na municipalização dos serviços de saúde, como objetivo de descentralizar a execução das ações básicas de saúde de modo a adequar-se a realidade econômica, política e social brasileira. Num país de tão grandes desigualdades regionais, a centralização deixa desprotegidas um grande contingente da população brasileira.



- 1966: 4ª Conferência Nacional de Saúde. Três anos após a terceira<sup>23</sup>, mas voltada para os interesses de um sistema privatista e aos interesses do capital; realizada no Rio de Janeiro, no período de 30 de agosto a 04 de setembro. Convocada através do Decreto nº 58.266, de 27 de abril de 1966, pelo então Presidente da República Marechal Arthur da Costa e Silva e tendo como Ministro da Saúde o Senhor Leonel Miranda Tavares de Albuquerque. O Decreto Presidencial apontava como finalidade da conferência a formulação de sugestões para uma política permanente de avaliação dos recursos humanos para o desenvolvimento das atividades de saúde no Brasil. Para tanto o tema proposto foi: “Recursos Humanos para as atividades de saúde”.

Durante a conferência ocorreu o Simpósio Internacional<sup>24</sup>, que tinha como objetivo informar aos participantes da conferência, sobre as experiências de outros países ou de organizações internacionais no campo dos recursos humanos para atividade de saúde.

- 1975: 5ª Conferência Nacional de Saúde. Realizada nove anos após a quarta<sup>25</sup>, tratando de assuntos mais específicos, programas maternos infantil, de vigilância epidemiológica, controle de endemias e ampliação de serviços às populações rurais; convocada através do decreto nº 75.409 de 25 de fevereiro de 1975 e regulamentada pela Portaria nº 235 de 03 de junho de 1975, realizou-se em Brasília, tendo a frente do Ministério da Saúde o Ministro Dr. Paulo de Almeida Machado, e na Presidência da República o Presidente Ernesto Geisel. Foram constituídos 14 (quatorze) grupos de trabalho, cada qual com no máximo 15 (quinze) participantes para debaterem 05 (cinco) temas prioritariamente eleitos pela conferência e constantes na Agenda, quais sejam: Implementação do Sistema

---

<sup>23</sup> Falta de observância a periodicidade estabelecida pela legislação.

<sup>24</sup> O Simpósio Internacional contou com a presença da Organização Pan-Americana de Saúde, da Organização Mundial da Saúde na América, através de seus representantes, bem como de expositores da Venezuela e Colômbia. Relatório da 4ª Conferência nacional de Saúde. < [http:// www.saude.am.gov.br/conferencias](http://www.saude.am.gov.br/conferencias)>. Acesso em 05 de maio de 2008.

<sup>25</sup> Periodicidade ainda não observada.

Nacional de Saúde <sup>26</sup>, programa de saúde materno-infantil, sistema nacional de vigilância sanitária e epidemiológica; programa de extensão das ações de saúde às populações rurais.

A conferência contou com a participação de 217 delegados, 77 (setenta e sete) observadores e convidados especiais, dentro de 07 (sete) sessões plenárias. Após os debates, em cada um dos temas, apresentavam-se as conclusões e as recomendações.

- 1977: 6ª Conferência Nacional de Saúde. Obedecendo ao preceito legal, foi realizada dois anos após a quinta e considerada como um retrocesso em relação às anteriores, por tratar apenas de assuntos técnicos. Ocorreu em Brasília, no período de 01 a 05 de agosto de 1977, ainda estando à frente do Ministério da Saúde o Ministro Dr. Paulo de Almeida Machado e como Presidente da República o Presidente Ernesto Geisel. Foi convocada pelo Decreto nº 79.318, de 1º de março de 1977. No total estiveram presentes 405 (quatrocentos e cinco) delegados e 29 (vinte e nove) observadores. Os participantes foram distribuídos em 30 (trinta) grupos de trabalho e seguindo os Guias de Discussão preestabelecidos, discutiram os 04 (quatro) temas oficiais apresentados pela Portaria nº 285, de 03 de agosto de 1977. Os temas oficiais foram os seguintes: “Situação atual do Controle das Grandes Endemias; Operacionalização dos Novos Diplomas Legais Básicos aprovados pelo Governo Federal em matéria de saúde; Interiorização dos Serviços de Saúde e Política Nacional de Saúde”.

- 1980: 7ª Conferência Nacional de Saúde. Após três anos da sexta, com a presença apenas do pessoal técnico da saúde, mas como dito anteriormente, trazendo algumas propostas que abririam caminho para implementação de alguns serviços mais abrangentes em relação à população beneficiada; ocorreu no período de 24 a 28 de março de 1980, em Brasília. Convocada pelo Decreto nº 84.016, de 20 de setembro de 1979, e posteriormente, pelo Decreto nº 84.232, de 21 de novembro de 1979, que transferiu a realização da 7ª

---

<sup>26</sup> A Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, havia recentemente institucionalizado o chamado Sistema Nacional de Saúde brasileiro, além de explicitar na mesma lei as funções e a missão do Ministério da Saúde, já então criado em 1953. No mesmo ano foi votado e aprovado o Plano Nacional de Saneamento, em abril de 1975, e estávamos sob a régia do II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979). Relatório da 5ª Conferência Nacional de Saúde. < <http://www.saude.gov.br/conferencias>>. Acesso em 05 de maio de 2008.

Conferência para o ano seguinte. O então Presidente da República João Baptista Figueiredo, e o Ministro da Saúde senhor Waldy Mendes Arcoverde convocaram a 7ª Conferência Nacional de Saúde, que tinha como finalidade promover o debate amplo de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), em consequência ficou decidido um tema central para Conferência: “Extensão das Ações de Saúde Através dos Serviços Básicos”. Tal tema foi subdividido em 11 (onze) subtemas e foi debatido pelos 400 (quatrocentos) participantes, distribuídos em 16 (dezesseis) grupos.

- 1986: 8ª Conferência Nacional de Saúde <sup>27</sup>. Realizada seis anos após a sétima, foi considerada a pré-constituente e seu relatório final propõe a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como serviu de base para elaboração do capítulo referente à saúde na Constituição Federal de 1988. Ainda como fruto do relatório final, havia a previsão de compor uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária, com a atribuição principal de junto à Assembléia Nacional Constituinte, apresentar e defender as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Dentro do processo de redemocratização e reabertura política em que a mesma foi instalada, contou com a participação de mais de 4.000 (quatro mil) participantes, sendo 1.000 (hum mil) destes delegados escolhidos para representar instituições, organizações e entidades, respeitando-se o critério de representatividade, a proporção de 50% (cinquenta por cento) dos delegados como representantes da sociedade civil organizada. Ainda como resultado positivo e um desdobramento da respectiva conferência acontece nesse mesmo ano a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, da qual falaremos posteriormente.

A 8ª Conferência foi realizada, em Brasília, no período de 17 a 21 de março de 1986, tendo à frente do Ministério da Saúde o Ministro Roberto Figueira Santos. Foram divididos

---

<sup>27</sup> A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco histórico e vitorioso da Reforma Sanitária no Brasil. Suas recomendações de universalização, equidade e democratização, assim como de grandes questões organizativas da Saúde, foram as referências nas propostas de origem do Sistema Único de Saúde - SUS. Editorial do Boletim Informativo da 13ª Conferência Nacional de Saúde. In: Discutir e fortalecer o SUS. Boletim Informativo da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília. Agosto de 2007. p. 2.

em 135 (cento e trinta e cinco) grupos de trabalho, sendo 38 (trinta e oito) grupos de delegados e 97 (noventa e sete) de participantes. O tema central escolhido foi Saúde como Direito e Reforma do Sistema Nacional de Saúde<sup>28</sup> e Financiamento Setorial. Incorporava em sua proposta os princípios e as diretrizes da reforma sanitária que foram sistematizados em seu relatório final, dentre os quais se destacam os seguintes elementos: ampliação do conceito de saúde; reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; Sistema Único de Saúde; participação popular; constituição e ampliação do orçamento social<sup>29</sup>.

Considerada a maior conferência já realizada, ficou como marco histórico e vitorioso da Reforma Sanitária no Brasil. Suas recomendações, contidas no relatório final, de universalização, equidade e democratização, assim como de inclusão de grandes questões organizacionais da saúde, foram referências nas propostas que deu origem ao Sistema Único de Saúde – SUS.

Após a 8ª Conferência é criada uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária que sistematizou as medidas propostas pela reforma sanitária, encaminhando-as à Assembléia Nacional Constituinte<sup>30</sup>.

A Constituição Federal de 1988 incorporou o proposto na conferência e constitucionalizou a saúde como direito de todos e dever do Estado. A análise da proteção constitucional do direito à saúde será feita de forma mais aprofundada no próximo capítulo.

- 1992: 9ª Conferência Nacional de Saúde. Acontece seis anos após a oitava, em pleno processo de elaboração de normas infraconstitucionais que pudessem dar plena efetividade às diretrizes e às previsões constitucionais de 1988. Ocorreu em Brasília, no período de 09 a 14 de agosto de 1992, sob a direção do Ministro Jamil Haddad e teve como tema central “Saúde - Municipalização é o Caminho”, enfocando sempre a saúde com qualidade de vida.

---

<sup>28</sup> Implementado em 1975, no Governo do Presidente Ernesto Geisel e discutido durante a realização da 6ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1977.

<sup>29</sup> PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma sanitária e os modelos assistenciais**. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. *Epidemiologia & Saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. p. 455-456.

<sup>30</sup> PAIM, Jairnilson Silva. Op. cit., mesmas páginas.

A conferência não cumpriu com a periodicidade normativa, agora prevista para ocorrer de quatro em quatro anos<sup>31</sup>, realizando-se seis anos após a oitava. Foi realizada, depois de uma intensa participação e debate da sociedade brasileira nas etapas municipal e estadual. Palco onde foram escolhidos os delegados em mais de 50% (cinquenta por cento) dos Municípios brasileiros em todos os Estados e no Distrito Federal<sup>32</sup>.

A etapa nacional contou com a presença de 3.000 (três mil) delegados participantes credenciados e mais de 1.500 (hum mil e quinhentos) observadores nacionais e internacionais, representando profissionais da saúde, prestadores públicos e privados de ações de saúde, representantes do governo nos três níveis, representantes do Poder Legislativo, do Poder Judiciário e do Ministério Público, além dos usuários dos serviços de saúde.

Um ano após, em 1993, e em decorrência ao discutido nessa nona conferência, acontece a 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, como um esforço do Ministério da Saúde, em reconhecimento e respeito a preceitos constitucionais, que reconhece o caráter pluriétnico do país, em delinear políticas públicas que respeitassem e se articulassem com as especificidades étnicas dos grupos atendidos.

- 1996: 10ª Conferência Nacional de Saúde. A periodicidade dos quatro anos entre as conferências começou a ser observada e o tema central foi: “SUS – Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para Qualidade de Vida”. Contou com a participação de 1.260 (hum mil, duzentos e sessenta) delegados<sup>33</sup>, 1.341 (hum mil, trezentos e quarenta e um) observadores e 351 (trezentos e cinquenta e um) convidados de entidades nacionais. Observada a constituição paritária com metade dos participantes representando os usuários dos serviços de saúde. Ocorreu em Brasília, no período de 02 a 06 de setembro de 1996. Reunida em torno de seus

<sup>31</sup> Lei nº 8.142/90, Art. 1º, § 1º. “A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos [...]”.

<sup>32</sup> No ano de 1992, já estavam vigentes as Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8080/90 e Lei nº 8.142/90, que tratavam das Conferências e Conselhos como órgãos colegiados, componentes do Sistema Único de Saúde e, portanto, já havia a previsão legal da ocorrência das Conferências nas respectivas esferas municipal e estadual para composição da Conferência Nacional.

<sup>33</sup> Referidos delegados são provenientes das Conferências Estaduais e das 3.000 (três mil) Conferências Municipais, anteriormente realizadas, em todo território nacional. < [http:// www.saude.gov.br/conferencias](http://www.saude.gov.br/conferencias)>. Acesso em 05 de maio de 2008.

subtemas: Gestão e Organização dos Serviços de Saúde; Saúde, Cidadania e Políticas Públicas; Controle Social na Saúde; Financiamento da Saúde; Recursos Humanos e Atenção Integral à Saúde. Nesse último item, faz alusão aos povos indígenas, em seu relatório final no Subitem - Saúde dos Povos Indígenas<sup>34</sup>.

- 2000: 11ª Conferência Nacional de Saúde. Ocorreu no período de 15 a 19 de dezembro de 2000, em Brasília e guardou observância da periodicidade dos quatro anos adotados a partir da edição das Leis Orgânicas da Saúde em 1990. Escolheu como tema central: “O Brasil falando como quer ser tratado - Efetivando o SUS, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”. Pretendeu fazer um balanço dos 10 anos da instituição do controle social no Sistema Único de Saúde, através da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 e concluiu, em seu relatório final, que a efetivação do Sistema Único de Saúde – SUS, só é possível com o controle social. Detecta ainda, em seu relatório que, para uma adequada participação dos conselhos na gestão do Sistema Único de Saúde, portanto, do exercício do controle social, existem impedimentos diversos a serem vencidos e, cita dentre outros, a carência de informação sobre o próprio Sistema Único de Saúde. Impedimento esse que, resulta no afastamento dos usuários do sistema de participação efetiva nos respectivos conselhos. Contou com a participação de 2.500 (dois mil e quinhentos) delegados.

Um ano após a décima primeira conferência, em 2001, mas oito anos após a segunda conferência específica para os povos indígenas, ocorre a 3ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas.

- 2003: 12ª Conferência Nacional de Saúde. Chamada de Conferência Sérgio Arouca em homenagem ao ilustre sanitário, é realizada com antecipação de um ano<sup>35</sup>, com o tema

---

<sup>34</sup> O Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, requisita do Governo Federal providências no sentido de efetivar o que foi apresentado na 2ª Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas ocorrido em 1973, dentre as quais destaca a regulamentação e implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, o que efetivamente veio a ocorrer somente em 1999. < <http://www.saude.gov.br/conferencias>>. Acesso em 05 de maio de 2008.

<sup>35</sup>A antecipação da 12ª Conferência Nacional de Saúde teve como justificativa por parte do Ministério da Saúde, o momento histórico pelo qual passava o país, com a posse do Presidente da República Luis Inácio Lula da

central: Saúde: Um Direito de todos e dever do Estado – A Saúde que temos, o SUS que queremos, contando com a participação de mais de 4.000 (quatro mil) cidadãos que tiveram como fio condutor da discussão e deliberação para os novos rumos do Sistema Único de Saúde, dentro de 10 (dez) eixos temáticos, a revisão dos seus 15 (quinze) anos de sua existência. O que resultou ao final do relatório a elaboração de 90 (noventa) moções. A base dessa conferência foi a realização das conferências municipais e estaduais de saúde em todo país.

- 2007: 13ª Conferência Nacional de Saúde. Realizada novamente quatro anos após a conferência anterior, de forma a obedecer a preceito legal, discorre sobre o tema central: Saúde e Qualidade de Vida: Políticas Públicas de Estado e Desenvolvimento, desdobrado em apenas três eixos temáticos. As etapas municipais ocorreram, em todo país, no período entre os meses de abril a agosto; nas capitais dos Estados, entre os meses de agosto e setembro. Quanto às etapas estaduais ocorreram no período de setembro a outubro, em cada um dos vinte e sete Estados da Federação e o Distrito Federal. Contou com a participação de 3.500 (três mil e quinhentos) delegados eleitos nas etapas anteriores. Nos termos da legislação vigente, os usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviço, participaram como delegados na seguinte proporção: 50% (cinquenta por cento) de usuários, 25% (vinte e cinco por cento) de profissionais de saúde e 25% (vinte e cinco por cento) de gestores e prestadores de serviços de saúde. Em todas as etapas essa paridade foi respeitada.

Após a instituição do Sistema Único Saúde, por meio da Constituição Federal de 1988, as Conferências de Saúde foram redefinidas e redimensionadas, passando a periodicidade a ser de quadriênios e a existir nos três níveis da administração: Federal, Estadual e Município.

O Conselho de Saúde, também parte do conjunto de instâncias colegiadas na gestão do Silva, no início do ano, bem como de que a tomada de decisões para o ano subsequente, no âmbito da saúde estaria respaldada e subsidiada pelas propostas advindas da sociedade, através do relatório final da conferência, dando legitimidade ao Estado para realizar, onde e quando, necessário às mudanças ali elencadas. Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, disponibilizado no site: < [http:// www.saude.gov.br/conferencias](http://www.saude.gov.br/conferencias)>. Acesso em 05 de maio de 2008.

Sistema Único Saúde, também adquiriu, com a Constituição Federal de 1988, expressão nos três níveis na Federação, com caráter permanente, deliberativo e fiscalizatório.

Além do aparato constitucional, posteriormente foram elaboradas uma série de instrumentos normativos infraconstitucionais, entre os quais merecem destaque a Lei nº 8.080, de 1990 e a Lei nº 8.142 de 1990, ambas compondo a chamada Lei Orgânica<sup>36</sup> da Saúde - LOS.

Conforme dispõe o artigo 1º, da Lei nº 8.142 de 1990 <sup>37</sup>:

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

I – a Conferência de Saúde; e

II – o Conselho de Saúde.

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

§ 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

[...].

§ 5º - As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regime próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Do que foi exposto, é possível extrair o papel fundamental das Conferências Nacionais como espaços de luta pelo direito à saúde. Os Relatórios Finais elaborados em cada Conferência contêm uma síntese das prioridades relativas à saúde definidas pela coletividade

<sup>36</sup> De acordo com o Dicionário Houaiss, Lei Orgânica é “a que cria ou regula órgãos da administração pública ou instituições necessárias ao Estado”. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia/Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p. 1737.

<sup>37</sup> Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. In: BRASIL. Legislação do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.



nas três esferas de gestão administrativa, servindo de subsídio para os responsáveis pela execução das políticas públicas de saúde. Por meio desse instrumento, garante-se, ainda, a participação dos estudiosos da área da saúde e dos integrantes de entidades da sociedade civil organizada no processo de definição dos programas de ação governamentais na área de saúde. Assim, a partir da Constituição Federal de 1988, pode-se dizer que, por meio da criação de mecanismos de participação democrática, a vontade popular passou a ser decisiva na definição de políticas públicas.

De acordo com Elizabeth Barros ([s.d.], p. 09-10)<sup>38</sup>, Relatora Geral da 11ª Conferência Nacional de Saúde,

Os relatórios têm se apresentado de enorme importância, pois projetam um objetivo a ser alcançado através das ações de curto, médio e longo prazos, e tem servido de instrumento a orientar as ações dos movimentos sociais, dos usuários, dos trabalhadores, dos prestadores e gestores envolvidos na construção do Sistema Único de Saúde que possa ser capaz de adequadamente responder, com qualidade e humanização à necessidades da população brasileira. [...]. Assim, a sociedade brasileira dispõe de um rico referencial para orientar suas demandas e para avaliar a ação governamental nos próximos quatro anos [...].

### 1.1.2 A 8ª Conferência Nacional de Saúde e a proposta de Reforma Sanitária

Até ao final dos anos 80, as políticas sociais brasileiras não abrangiam toda a comunidade nacional, como objeto de proteção social. Tais políticas eram qualificadas de corporativistas, isto porque a definição dos direitos sociais ficava restrita à vinculação da pessoa (no caso trabalhador) ao sistema previdenciário, sendo definido como cidadãos apenas

---

<sup>38</sup> Apresentação In: 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de novembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. <<http://www.saúde.gov.br/conferencias>>. Acesso em 05 de maio de 2008.

os indivíduos pertencentes às categorias ocupacionais (corporações) reconhecido pelo Estado e que contribuíam para Previdência Social<sup>39</sup>.

Para uma melhor compreensão de como se chegou a uma proposta de Reforma Sanitária, na década de 70 e 80, faz-se necessário uma breve retrospectiva histórica das políticas sociais, aplicadas no Brasil, que tiveram seu início nos Governos do Presidente Getúlio Vargas, nos idos das décadas de 30 e 40.

De acordo com Marcus Faro de Castro (2003, p. 383)<sup>40</sup>.

[...] vale lembrar que a formação das políticas sociais, no Brasil, de um modo geral remonta à era varguista. Foi Getúlio Vargas que, rompendo com o padrão de dominação liberal e oligárquica existente na República Velha, introduziu mudanças na organização do Estado brasileiro, capacitando-o a desenvolver amplas ações voltadas para promover a industrialização da economia e também a integração social. Vários autores já se ocuparam de descrever como, a partir da Era Vargas, cresceu a produção legislativa e os programas de cunho social, e se desenvolveu até mesmo a justiça trabalhista.

No período varguista, também chamado de populista, o desenvolvimento das políticas sociais a exemplo da previdência e da saúde, fez parte de uma estratégia de incorporação de segmentos de classes.

Marcus Faro de Castro (2003, p. 383)<sup>41</sup> afirma que, foi no período Vargas que se passou a regulamentar e uniformizar a prática da assistência médica, no entanto dando-se ênfase às soluções corporativistas na estruturação dessas políticas sociais e favorecendo a criação de instituições de política social múltiplas e segmentadas<sup>42</sup>. Ressalta ainda,

---

<sup>39</sup> Previdência Social referindo-se a um dos componentes da Seguridade Social (já conceituada, Art. 194 da Constituição Federal de 1988) e dos quais fazem parte como outros componentes a saúde (Art. 196) e a Assistência Social, (artigos 203 e 204), que compreende a área onde estão incluídas as aposentadorias, pensões e outros benefícios. Atualmente, muito embora a saúde componha a Seguridade Social, possuem administração e financiamento separados, de acordo com a Constituição Federal de 1988.

<sup>40</sup> **Dimensões políticas e sociais do Direito Sanitário Brasileiro.** In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito sanitário e saúde pública. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

<sup>41</sup> **Dimensões políticas e sociais do Direito Sanitário Brasileiro.** In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito sanitário e saúde pública. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

<sup>42</sup> Cf. Marcus Faro de Castro (2003, p. 383), um exemplo dessa política está na criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões das diversas categorias de trabalhadores. Op. cit.

No caso de Vargas, a segmentação das instituições de política social servia à estratégia do líder, de manter o controle sobre o processo político em parte mediante a distribuição de rendas e serviços a grupos mobilizados (CASTRO, 2003, 383-384)<sup>43</sup>.

Resumindo, os direitos sociais dos brasileiros estavam subordinados ao sistema de previdência social estatal. Tais direitos sociais subordinavam-se, ainda ao sistema de estratificação ocupacional definido por normas legais. Resultando disso, pode-se dizer que surgiram duas categorias de cidadãos brasileiros, os incluídos e os não incluídos (que era a grande maioria). Ou seja, os que tinham suas ocupações reconhecidas e definidas em leis e que contribuía para Previdência e aqueles cuja ocupação a lei desconhecia, ou seja, ocupações que não tivessem sido reguladas pela legislação, a exemplo dos trabalhadores rurais<sup>44</sup>.

Portanto, não bastava ser brasileiro para gozar de alguns dos direitos sociais, era necessário ter carteira assinada e contribuir financeiramente para Previdência Social para gozar de tais direitos, ou seja, recebiam benefícios somente aqueles que pagavam por eles.

Conforme Marcus Faro de Castro (2003, p. 384)<sup>45</sup>, a contribuição de meios institucionais unificantes da política social apenas surgiu durante o período do regime militar, com o golpe de 1964. Exemplifica, como uma política unificante, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social INPS, em 1966, em substituição aos antigos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs. Aponta como uma das grandes mudanças introduzidas pelo regime militar a ampliação da assistência médica aos trabalhadores com carteira assinada, bem como a abrangência da assistência a grupos, antes excluído como os trabalhadores rurais.

<sup>43</sup> CASTRO, Marcus Faro de. Op. cit.

<sup>44</sup> Cf. Marcus Faro de Castro (2003, p. 384), no caso dos trabalhadores rurais a exclusão perdurou por bastante tempo, havia uma resistência por parte do Estado brasileiro em reconhecer direitos trabalhistas a essa categoria de trabalhadores. Tal reconhecimento só veio a ocorrer, apenas no período do Regime Militar iniciando-se com a criação do FUNRURAL em 1971, que passou a dar cobertura a essa categoria de trabalhadores. Op. cit.

<sup>45</sup> **Dimensões políticas e sociais do Direito Sanitário Brasileiro.** In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito sanitário e saúde pública. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Os autores, que discorrem sobre o assunto, ressaltam, no entanto, que não resultou da unificação institucional a tão esperadas universalização desses direitos sociais. A unificação trazida pelos militares, embora rompendo com o modelo de segmentação da era varguista, não ressaltava a efetivação da universalidade do direito à assistência médico-hospitalar.

Segundo Marcus Faro de Castro (2003, p. 384)<sup>46</sup>,

A universalização não ocorreu porque a atuação de grupos privados na área da saúde expandiu-se significativamente no período militar [...]. Tal privatização se institucionalizou mediante a captura da defesa social por grupos privados. Tratava-se da “compra [estatal] de serviços médicos do setor privado” [...] Mas uma outra consequência da expansão do setor privado foi que o eventual “direito à saúde”, ao contrário de ser “universalizado”, passava a estar sujeito a limitações “econômicas”, decorrentes dos preços atribuídos aos serviços, redundando, para muitos usuários, em restrições diferenciadas de acesso.

A ampliação do fornecimento de serviços sociais estava dirigida, neste período, especificamente a quem pudesse consumi-los (o consumidor)<sup>47</sup>, ou seja, aos indivíduos que apresentavam poder de compra de serviços. Os efeitos excludentes dessa nova produção dos serviços sociais eram patentes, o que resultava em uma apropriação desigual das políticas sociais públicas de caráter social por parte da população. O novo modelo de ação governamental estava subordinado à lógica econômica e extremamente atrelado aos interesses privados.

A lógica econômica da época era de que primeiro viria o crescimento econômico - produção de riquezas, depois a distribuição da mesma através de políticas sociais.

Tal situação gerou grande insatisfação na sociedade que muito embora fortemente reprimida pelo regime militar, começa o debate sobre questões sociais. Os movimentos sociais começam a ganhar visibilidade e a conseguir aliados à sua causa, acarretando

---

<sup>46</sup> Op. cit.

<sup>47</sup> O Direito do Consumidor foi um dos direitos requisitados e conquistados pós Constituição Federal de 1988. Sobre o assunto ver DIAS, Isaias Costa. **Consumidor e Saúde, frente a frente**. Goiânia: Editora Kelps, 2000.

importantes mudanças na forma de atuação do Estado quanto às políticas sociais, induzindo o Estado brasileiro a rever sua agenda social.

É nesse contexto histórico e político que surge o chamado Movimento Sanitarista brasileiro. Nos anos 1970 foram particularmente visíveis os movimentos sociais envolvendo trabalhadores, médicos, intelectuais, consumidores e minorias, tendo como pauta questões ligadas à saúde e outros assuntos relacionados à vida (ELIAS, 2002; CASTRO, 2003; KLEBA, 2005). Vejamos o que comenta cada autor sobre o assunto,

[...] a partir de meados da década de 70, o país assiste a um vigoroso movimento de setores da sociedade civil para democratização da saúde entendida como um direito universal garantido pelo Estado e sob o controle público. (ELIAS, 2002, p. 93)<sup>48</sup>.

[...] entrou em cena o chamado movimento sanitário brasileiro, fator político importante, com interesse e capacidade para influenciar os rumos e as características das reformas da política de saúde. (CASTRO, 2003, p. 384)<sup>49</sup>.

O movimento da Reforma Sanitária foi criado em meados dos anos 70 por um pequeno grupo de intelectuais, profissionais de saúde e políticos [...]. Em pouco tempo, este movimento ampliou-se para diferentes organizações sociais engajadas na luta pela saúde como um direito de todos e dever do Estado. Este movimento reivindicava do Estado a reorganização do modelo assistencial, em que a saúde seria entendida não apenas como assistência em caso de adoecimento, mas sim como melhoria das condições de vida, visando prevenir e combater as doenças. (KLEBA, 2005, p. 166-167)<sup>50</sup>.

Para Marcus Faro de Castro (2003, p. 384)<sup>51</sup>, no centro do chamado movimento sanitário encontravam-se dois atores políticos, quais sejam, os grupos privados com grande força política até então junto ao Governo Federal impondo ao Estado a compra dos serviços sociais de assistência médica e o novo ator político, o próprio movimento sanitário. De acordo com o autor,

<sup>48</sup> ELIAS, Paulo Eduardo. **Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil**. In: ARANHA, Márcio Iório; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (orgs.). Curso de Especialização em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Universidade de Brasília, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUS/REFORSUS, Ministério da Saúde, [s.d.].

<sup>49</sup> CASTRO, Marcus Faro de. **Dimensões políticas e sociais do Direito Sanitário Brasileiro**. In: ARANHA, Márcio Iório (org.). Direito sanitário e saúde pública. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

<sup>50</sup> KLEBA, Maria Elisabeth. **Descentralização do sistema de saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento**. Chapecó: Argos, 2005.

<sup>51</sup> **Dimensões políticas e sociais do Direito Sanitário Brasileiro**. In: ARANHA, Márcio Iório (org.). Direito sanitário e saúde pública. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Estes dois atores - grupos privados e movimento sanitarista - de um certo modo, representavam duas forças antagônicas que passariam a estabelecer tendências opostas de desenvolvimento de política de saúde no Brasil (CASTRO, 2003, p. 384)

<sup>52</sup>

A Reforma Sanitária surge desse embate entre esses dois atores junto ao Governo Federal. Alguns avanços foram sendo alcançados pela ocupação dos profissionais que se filiavam ao Movimento Sanitarista, em importantes postos na estrutura do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social, com o objetivo de influenciar e implementar o ideário do movimento (ELIAS, 2002; KLEBA, 2005)<sup>53</sup>,

O ideário da Reforma Sanitária consistia na proposta de um sistema de saúde único, fundamentalmente estatal, sendo o setor privado suplementar aquele<sup>54</sup>, sob controle público e descentralizado. O que estava em questão era a universalidade da atenção à saúde, superando-se a histórica dicotomia entre assistência médica individual e ações coletivas de saúde. A estratégia eleita para se conquistar a saúde como um direito consistia na descentralização do sistema de saúde [...].

O que buscava, com a descentralização, era não só maior racionalidade do sistema de saúde, mas fundamentalmente a valorização da criação de novos espaços institucionais de participação, com poder deliberativo dos segmentos organizados da sociedade, constituindo-se assim como uma estratégia de ampliar no espectro social, as oportunidades de acesso ao poder (ELIAS, 2002, p. 96)<sup>55</sup>.

Para Jairnilson Silva Paim (1994, p. 455-456)<sup>56</sup>,

Essa proposta vinha sendo gestada ao longo das últimas décadas a partir de críticas e estudos referentes ao sistema de saúde vigente e através de movimentos sociais

<sup>52</sup> CASTRO, Marcus Faro de. Op. cit.

<sup>53</sup> ELIAS, Paulo Eduardo. **Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil**. In: ARANHA, Macio Iorio; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (orgs.). Curso de Especialização em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Universidade de Brasília, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUS/REFORSUS, MINISTÉRIO DA Saúde, [s.d.]. p. 96. KLEBA, Maria Elisabeth. Op. cit., p.168.

<sup>54</sup>Cf. Marcus Faro de Castro (2003, p. 386), uma das conquista dos atores “privatistas”, ocorreu quando foi aberta a possibilidade da participação privada, mediante contratos e convênios, art. 199, da Constituição Federal de 1988. Op. cit.

<sup>55</sup> ELIAS, Paulo Eduardo. **Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil**. In: ARANHA, Macio Iorio; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (orgs.). Curso de Especialização em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Universidade de Brasília, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUS/REFORSUS, MINISTÉRIO DA Saúde, [s.d.].

<sup>56</sup> **A Reforma sanitária e os modelos assistenciais**. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. Epidemiologia & Saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

envolvendo estudantes profissionais de saúde, docentes, pesquisadores, sindicatos de trabalhadores, associações de moradores etc. Em 1986, os princípios e diretrizes da reforma sanitária foram sistematizados na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1987), destacando-se os seguintes elementos: (a) conceito ampliado de saúde; (b) reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; (c) Sistema Único de Saúde; (d) participação popular; (e) constituição e ampliação do orçamento social.

Portanto, a Reforma Sanitária brasileira tinha como idéia central, assegurar a cada habitante do país (Art.196 da Constituição Federal de 1988) que a saúde é direito de todos. O acesso universal, integral e gratuito às ações e serviços de saúde, segundo a necessidade dos cidadãos/usuários. Ao poder público fica designado como o principal agente de regulação e da programação da oferta desses serviços e ações, via instrumentos de descentralização, regionalização e controle social do sistema.

A Reforma Sanitária estava vinculada a um modelo de desenvolvimento social e econômico centrado em uma forte atuação do Estado (Art.196, da Constituição Federal de 1988 – a saúde é direito de todos e dever do Estado) na provisão pública de infra-estrutura social e na sustentação do desenvolvimento econômico. Ou seja, quanto maior a presença do Estado, melhor para vida do cidadão, contanto que haja a participação do mesmo exercendo o chamado controle social, que também, era base da reforma.

O trabalho conjunto dos diferentes atores envolvidos no movimento pró-Reforma Sanitária teve o seu ponto alto por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, no momento em que conseguiu garantir apoio político necessário à aprovação, em seu relatório final, das medidas propostas à política de saúde a ser adotada pelo Estado brasileiro (KLEBA, 2005, p. 170)<sup>57</sup>.

Portanto, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, tornou-se um marco da política nacional de saúde no Brasil, já que pela primeira vez a população brasileira, foi convidada a participar de uma conferência, antes reservada apenas a órgãos ligados aos setores de saúde e

---

<sup>57</sup> KLEBA, Maria Elisabeth. **Descentralização do sistema de saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento**. Chapecó: Argos, 2005.

com intuito de tratar assuntos técnicos e/ou para atender demandas específicas<sup>58</sup>. Como frisou Maria Elisabeth Kleba (2005), houve a participação de representantes de diferentes organizações sociais, como sindicatos, associações profissionais e outros segmentos organizados da sociedade civil, além é claro dos sempre presentes, representantes do governo<sup>59</sup>.

Com essa atitude, entende Maria Elisabeth Kleba (2005), o governo abriu canais de diálogo e possibilitou a divisão de responsabilidades, reconhecendo a participação da sociedade como um elemento importante para o avanço da reforma proposta<sup>60</sup>.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília, através de suas resoluções, resumidas no Relatório Final, contemplaram a grande maioria das reivindicações propostas pela reforma sanitária. Tanto que, após a sua realização, foi criada uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária, com objetivo de reunir todas essas propostas e encaminhá-las à Assembléia Nacional Constituinte (PAIM, 1994, p. 456)<sup>61</sup>.

De acordo com Jairnilson Silva Paim (1994, p. 456)<sup>62</sup>,

A busca de viabilidades para as intervenções propostas pela reforma sanitária utilizou-se basicamente de três caminhos.

O primeiro (legislativo parlamentar) visava à criação das bases jurídicas para reforma sanitária. Este caminho possibilitou a aprovação do Capítulo Saúde da Constituição da República, das Constituições Estaduais, das Leis Orgânicas dos municípios e das leis federais referentes à organização e ao funcionamento do Sistema Único de Saúde [...].

O segundo caminho (sócio-político) procurou mobilizar a opinião pública e setores organizados da sociedade civil para a democratização da saúde e, especialmente para a mudança na organização dos serviços de saúde e participação na gestão através de órgãos colegiados (conselhos de saúde).

Já o terceiro caminho (institucional) privilegiou a organização, implantação e desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) (Mendes, 1988). Tratava-se de uma “estratégica-ponte” (Paim, 1988), no sentido de facilitar a travessia de um Sistema de Saúde descoordenado, centralizado e fracionado em múltiplas instituições públicas e organizações privadas para o Sistema Único de Saúde de caráter público descentralizado e complementado pela iniciativa privada.

<sup>58</sup> KLEBA, Maria Elisabeth. Op. cit., p. 171.

<sup>59</sup> Op. cit., mesma página.

<sup>60</sup> Op. cit., mesma página.

<sup>61</sup> PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária e os modelos assistenciais**. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. *Epidemiologia & Saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

<sup>62</sup> Op. cit.



Do que foi exposto, pode-se afirmar que a Reforma Sanitária brasileira institucionalizou-se após a incorporação das propostas resultantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 pela Constituição Federal de 1988, considerada a Constituição Cidadã. As grandes inovações, e a ampliação de programas abrangentes de proteção no Setor Social brasileiro demonstram a importância da 8ª Conferência Nacional de Saúde e, da Constituição Federal de 1988, considerada um divisor de águas na questão de políticas públicas de caráter social, especialmente com a consagração do direito à saúde como direito universal e dever do Estado.

## 1.2 Os princípios aplicáveis aos direitos fundamentais de caráter social à luz do Estado Social Democrático de Direito.

A formação do Estado Social e Democrático de Direito é resultado de um amplo processo de transformação e da forma como as sociedades se organizaram ao longo dos séculos.

O desenvolvimento dos grandes centros urbanos, somado à crescente complexidade cultural, econômica, social e religiosa das sociedades, fez nascer uma nova forma de organização política e social – o Estado. Nessa nova ordem, o direito passou a ter importância estratégica e relevante. É por meio do direito que o Estado estabelece sua atuação na sociedade, sujeitando todos que compõem essa sociedade a um conjunto de regras preestabelecidas, que, uma vez não cumpridas, acarretam sanções aplicadas pelo Estado (BRASIL. 2006, p. 17)<sup>63</sup>.

Atualmente, após um amplo processo de afirmação dos direitos humanos, o Estado de Direito representa um dos fundamentos essenciais de organização das sociedades políticas do mundo moderno. Na atual concepção de Estado, o exercício de poder deve sujeitar-se a regras

---

<sup>63</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

preestabelecidas, sempre objetivando a promoção e a proteção dos direitos humanos (civis, políticos, sociais, econômicos, culturais), direitos esses que exigem, para sua promoção e proteção, um ambiente social dotado de regras de convivência que garantam a todos o respeito à vida e à dignidade da pessoa humana. Tais regras devem vincular não apenas os governantes, como também os governados e devem estar fundadas na soberania popular, que lhes garante legitimidade (BRASIL, 2006, p. 18)<sup>64</sup>.

A ordem jurídica, nos Estados modernos <sup>65</sup>, costuma organizar-se com base em um texto normativo de hierarquia superior ao qual se denomina Constituição<sup>66</sup> do Estado (BONAVIDES, 2004, p. 80)<sup>67</sup>.

O atual Estado Social e Democrático de Direito brasileiro tem como fundamento jurídico-normativo a Constituição Federal de 1988, que exige uma atuação positiva do Estado, sobretudo por intermédio da realização de políticas públicas<sup>68</sup>. Política Pública é o instrumento para efetivação dos direitos humanos<sup>69</sup>. O Estado deve realizar atividades em prol da coletividade, devendo para tanto traçar um planejamento estratégico, elegendo prioridades e metas governamentais, bem como a escolha dos meios adequados para consecução do bem comum.

No estado de direito brasileiro existem direitos fundamentais, positivados constitucionalmente, que devem ser promovidos e protegidos pelo Estado. Segundo

---

<sup>64</sup> Op. cit.

<sup>65</sup> Dentre as grandes evoluções que o estado moderno impôs ao direito, necessário se faz destacar o constitucionalismo, o estado de direito, a democracia e o fortalecimento da consciência sobre os direitos humanos.

<sup>66</sup> Para Canotilho, 1998 (apud Aith, 2007, p. 64), “O constitucionalismo é uma teoria que ergue o princípio do governo limitado indispensável à garantia dos direitos em dimensão estruturante de organização político-social de uma comunidade, passando a representar uma técnica de limitação de poder com fins garantísticos”. AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário – a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

<sup>67</sup> BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Malheiros Editora, 2004.

<sup>68</sup> BUCCI, Maria Paula Dallari. **Buscando um conceito de políticas públicas para concretização dos direitos humanos**. In: \_\_\_\_\_. Direitos Humanos e Políticas Públicas. São Paulo: Pólis, 2001. p. 7.

<sup>69</sup> Os direitos humanos são inerentes a toda a sociedade, todo homem, independente de sua condição social, de suas crenças, sexo, idade, raça ou cor, possui referida proteção. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948**. Artigo II - 1. In: PIOVISAN, Flávia. Direitos humanos e o direito constitucional internacional. 7ª. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 351-355.

Comparato, 1999 (apud, BRASIL, 2006, p. 23)<sup>70</sup>, o estado de direito brasileiro representa o modelo modernamente adotado para a garantia dos princípios axiológicos supremos dos direitos humanos, a liberdade, a igualdade e a solidariedade <sup>71</sup>.

O Estado de Direito brasileiro pressupõe que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (Caput do Art. 5º, da Constituição Federal de 1988). O Estado de Direito brasileiro ao mesmo tempo em que reconhece e protege os direitos individuais, civis e políticos, reconhece também os direitos sociais, ao reconhecer na Constituição Brasileira de 1988, Título II, DOS DIREITOS SOCIAIS<sup>72</sup>,

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

A Constituição Federal de 1988, no Título I, DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS, Art. 1º, diz ser “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e municípios e Distrito Federal, constitui-se um Estado democrático de direito<sup>73</sup> que tem como fundamentos: a soberania, a cidadania,<sup>74</sup> a dignidade da pessoa humana, os valores

<sup>70</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

<sup>71</sup> De acordo com Fernando Aith, (2007, p. 68), a fraternidade, ou solidariedade, se expressa como um conjunto de regras voltadas a um objetivo comum de desenvolvimento e melhoria na qualidade de vida de todos aqueles que compõem um grupo social. Direito a igualdade de tratamento perante a lei, a liberdade de ir e vir, de expressão, de reunião, de associação, entre outros são direitos individuais. Direitos individuais são os direitos que protegem o cidadão contra o Estado. Já os direitos ditos sociais e culturais como, trabalho, saúde, educação lazer, dentre outros, refletem as pretensões do indivíduo perante o Estado. **Curso de direito sanitário – a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

<sup>72</sup> À positivação, portanto, ao reconhecimento e a proteção constitucional dos direitos sociais na Constituição Federal de 1988, podemos afirmar ser o estado de direito brasileiro, um Estado Social Democrático de Direito.

<sup>73</sup> A dimensão exata, deste aspecto, do Estado Democrático do Direito, encontra-se no Preâmbulo da Constituição Federal de 1988, que prescreve: “Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL”.

<sup>74</sup> De acordo com José Afonso Silva (2006, p. 35-36), “Uma idéia essencial do conceito de ‘cidadania’ consiste na sua vinculação com o princípio democrático. Por isso, pode-se afirmar que, sendo a democracia um conceito

sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político” (Art. 1º, incisos I, II, III, IV e V, da Constituição Federal de 1988).

Na falta de um desses fundamentos, não se caracterizará como um Estado Democrático de Direito. Assim, a cidadania, dentre outros, é fundamento do Estado Democrático de Direito, e se materializa na possibilidade de a sociedade exigir prestações estatais dirigidas à satisfação de todos os direitos fundamentais (civis, políticos, sociais, culturais e econômicos) em igualdade de condições (SILVA, 2006, p. 35)<sup>75</sup>.

Anote-se que a Constituição Federal de 1988, ao reconhecer que o direito à saúde deve ser garantido, criou mecanismos para a proteção dos mesmos. Ao fazer a previsão deste direito dentro do Título II – DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS, contemplou a saúde como um direito fundamental de todo cidadão. Entenderam os constituintes que, ao elegerem a saúde como um direito fundamental, estariam contribuindo para que o Estado, de acordo com o Art. 3º, IV, da Constituição Federal de 1988, pudesse atingir o seu objetivo final, que é o de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade, e quaisquer outras formas de discriminação.”

A Constituição promulgou, explicitamente, o direito de todos à saúde. A inclusão dessa previsão legal no Capítulo II – DOS DIREITOS SOCIAIS, do Título II, reconhecendo, em seu Art. 6º, que a saúde é um direito social de todos os brasileiros e estrangeiros residentes no País acarreta um dever correlato ao Estado, gerando obrigações em todos os níveis de governo da federação.

---

histórico que evolui e se enriquece com o evoluir dos tempos, assim também a cidadania ganha novos contornos com a evolução democrática. [...] Uma nova concepção da cidadania é aquela que decorre da idéia de Constituição Dirigente, que não é apenas um repositório de programas vagos a serem cumpridos, mas constitui um sistema de previsão de direitos sociais, mais ou menos eficazes, em torno dos quais é que se vem construindo a nova idéia de cidadania. [...] A cidadania, assim considerada, consiste na consciência de pertinência à sociedade estatal como titular de direitos fundamentais, da dignidade como pessoa humana, da integração participativa no processo do poder, com a igual consciência de que essa situação subjetiva envolve também deveres de respeito à dignidade do outro, de contribuir para o aperfeiçoamento de todos. Essa cidadania é que requer providências estatais no sentido da satisfação de todos os direitos fundamentais em igualdade de condições”. **Comentário contextual à constituição**. 2ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2006.

<sup>75</sup> SILVA, José Afonso. **Comentário contextual à constituição**. 2ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2006.

Além do reconhecimento expresso da saúde como direito fundamental de caráter social no Art. 6º, outros dispositivos foram promulgados com o objetivo de regulamentar e fazer valer esse direito. Dentre eles, destacamos os dispositivos previstos no Título VIII – DA ORDEM SOCIAL, Capítulos I e II, especialmente o Art. 196, que estabelece:

Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Ao comentar o conteúdo do Art. 196, Sebastião Botto de Barros Tojal (2003, p. 27)<sup>76</sup> ressalta:

Com efeito, a garantia do direito à saúde, expressamente referido no art.196 da Constituição, inscreve-se exata e precisamente no rol daquele conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos voltados para a realização da nova ordem social, cujos objetivos são o bem-estar e a justiça social.

A Constituição Federal de 1988, como dissemos, inaugurou o Estado Social e Democrático de Direito, exigindo uma atuação positiva do Estado, com a previsão de uma série de mecanismos de participação popular nos processos de tomada de decisões políticas e no controle da atuação estatal. É justamente por meio desta atuação estatal que os direitos humanos, inerentes a toda sociedade e a todos os seres humanos, independentemente de sua condição social, de suas crenças, gênero, idade, raça, cor ou etnia, serão realizados.

A atuação positiva do Estado se dá fundamentalmente por intermédio da construção de políticas públicas. Política Pública, como veremos, é o instrumento para efetivação dos

---

<sup>76</sup> **A Constituição dirigente e o direito regulatório do Estado Social: o direito sanitário.** In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito sanitário e saúde pública. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

direitos humanos. O Estado deve realizar atividades em prol da coletividade, devendo, para tanto, traçar um planejamento estratégico, elegendo prioridades e metas governamentais, bem como os meios adequados para consecução do bem comum.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) é o marco histórico para compreensão dos direitos humanos e tem sido fonte universal de defesa de toda pessoa humana na ocorrência da violação dos seus direitos. Os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais resultantes de diferentes momentos de lutas e conquistas da pessoa humana constam nas Constituições dos Estados Nacionais. Tais direitos passam a ser protegidos pela comunidade internacional, que reconhece a diversidade cultural e regional, aspectos indissociáveis da compreensão acerca do conceito de direitos humanos. A valorização dos direitos humanos é encarada com um paradigma mundial, tendo em vista a adesão de muitos países aos documentos normativos internacionais que os protegem, dentre os quais o Brasil. Os governos devem garantir o direito de todo os membros da sociedade de participar ativamente dos assuntos da comunidade em que vivem e garantir a participação na adoção de políticas em todos os níveis.

1.3 A saúde como direito fundamental de caráter social e seu regime jurídico diferenciado: natureza jurídica, objeto e alcance

É preciso entender que a Constituição Federal de 1988 é um documento político que estabelece direitos e deveres, para o Estado e a sociedade como um todo, e alguns mecanismos para garantia desses direitos frente ao Estado, seus agentes e particulares, bem como contra os abusos dos agentes econômicos. A Constituição Federal de 1988 é um pacto, que se expressa os valores do povo brasileiro predominantes no momento histórico de sua elaboração. Assim, o reconhecimento da saúde como um direito fundamental e social e a sua

formalização no ordenamento jurídico é mais que um discurso, implica responsabilidade na definição, cabendo a toda coletividade definir esse conceito e sua respectiva abrangência, respeitadas as especificidade étnico-culturais, e implementação pelo Estado através de políticas públicas, para sua garantia como direito fundamental e como direito social.

Em seu Art. 197, prescreve, ainda, que as ações e serviços de saúde como de relevância pública, atribuindo ao poder público à disposição, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

A definição constitucional das ações e serviços de saúde como de relevância pública dá ao Ministério Público competência para zelar pela sua efetividade e, assim, tomar providências para suprir a negligência do Estado na assistência à saúde, podendo valer-se de Ação Civil Pública, nos termos do Art. 129, incisos II e III, da Constituição Federal de 1988.

Diz José Afonso Silva (2006, p. 768-769)<sup>77</sup>que, se a constituição atribui ao Poder Público o controle das ações e serviços de saúde, significa que sobre tais ações e serviços tem ele integral poder de dominação, que é o sentido do termo controle, mormente quando aparece ao lado da palavra fiscalização.

O acesso ao Poder Judiciário surge dentro do processo de aprofundamento da democratização dos direitos, do exercício da cidadania e do respeito à dignidade da pessoa humana.

Sem a plena efetivação desses direitos (sociais, culturais, econômicos, civis e políticos), não podemos falar no pleno exercício de um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito no Brasil, que é a cidadania.

---

<sup>77</sup> **Comentário contextual à constituição.** 2ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2006.

## **CAPÍTULO II – A CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988, AS POLÍTICAS UNIVERSAIS DE ATENDIMENTO À SAÚDE E O DIREITO À DIFERENÇA**

### 2.1 As políticas públicas como objeto de concretização dos direitos sociais: conceito e elementos

Ao falarmos de questões como saúde, educação, assistência, estamos falando, de modo geral, de necessidades sociais, que nem sempre são contempladas de modo satisfatório através de uma renda direta gerada pelo trabalhador individualmente.

Questões como saúde, assistência e educação, principalmente, adquirem contornos públicos, ou seja, dependem de ações governamentais para sua satisfação. Há um conjunto de necessidades sociais que exigem políticas direcionadas ao indivíduo ou coletividade, e que demandam ações públicas. O sistema de proteção social é definido como o conjunto de políticas de natureza social.



A peculiaridade do objeto dos direitos sociais está na proteção positiva do Estado através de políticas públicas<sup>78</sup>.

Resta entender o que é uma política pública, quais os elementos que a compõem, qual o ciclo que segue, desde sua elaboração até sua efetiva implementação, ou seja, quais as etapas a seguir para que se concretize no seio social.

De acordo com Maria Paula Dallari Bucci (2001, p. 13)<sup>79</sup>, a política pública é um programa de ação governamental resultante de um conjunto de processos disciplinados e coordenados pelo Direito, voltados para realização de fins socialmente relevantes e juridicamente determinados.

Da análise do conceito acima, podemos extrair quatro elementos de fundamental importância para construção de uma política pública, quais sejam<sup>80</sup>:

- Programa – significando que a política pública, como programa, resulta de opções políticas<sup>81</sup>, tomadas pelo Estado, como elaborador (poderes Executivo, Legislativo e Judiciário), gestor e efetivador de políticas públicas para garantia dos direitos sociais previsto na Constituição Federal de 1988, dentre os quais o direito à saúde. É possível que o Estado não tome, ele próprio a iniciativa de elaboração da política (que pode ser da sociedade civil), mas, para ser considerada pública, ela deve, pelo menos, passar pela aprovação do Estado. Vale ressaltar que o que se encontra elencado na Constituição são direitos. De que forma o Estado vai efetivá-los, pode variar. Governos diferentes terão diferentes prioridades, pois nem todos os problemas que afetam as condições de vida de uma coletividade podem ser postos

---

<sup>78</sup> Para Luiza Cristina Frischeisen (2000, p. 89), política pública entendida como conjunto de ações administrativas para o cumprimento das normas constitucionais. **Políticas públicas e a responsabilidade do administrador e o Ministério Público**. São Paulo: Max Limonad, 2000.

<sup>79</sup> **Buscando um conceito de políticas públicas para concretização dos direitos humanos**. In: \_\_\_\_\_. Direitos Humanos e Políticas Públicas. São Paulo: Pólis, 2001.

<sup>80</sup> Cf. BUCCI, Maria Paula Dallari. **O conceito de política pública em direito**. In: \_\_\_\_\_. Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006. Passim.

<sup>81</sup> Cf. Luiza Cristina Frischeisen (2000, p. 94-95), as opções políticas são contempladas pela discricionariedade do administrador, mas esta discricionariedade deve observar o que está previsto na lei. **Políticas públicas e a responsabilidade do administrador e o Ministério Público**. São Paulo: Max Limonad, 2000.

em pauta com a urgência e a efetividade que podem ser consideradas necessárias pelo bom senso de uma coletividade e/ou de uma parcela dessa coletividade.

- Ação - o elemento ação envolve a iniciativa governamental, ou seja, o fato de a efetivação dos direitos previstos na Constituição instigar o Estado a agir. Mas essa ação tem que ser planejada, organizada de forma que ao final de um certo espaço de tempo, possa atingir seus fins, suas metas, os resultados previstos, planejados. A ação na política pública deve estar voltada para a realização de fins socialmente relevantes e juridicamente determinados. Nessa ação, nesse planejar há que se observar o espaço de tempo que é previsto para que a ação seja implementada. A meta ou os fins devem ser atingidos dentro desse intervalo ou espaço de tempo previamente calculado, planejado.
- Processo - significa a seqüência ordenada de atos na busca de se atingir um fim, uma meta. Essa seqüência de atos organizados, planejados, dentro de um espaço temporal, para atingir uma meta proposta, ouvindo-se as partes interessadas (contraditório) daria o significado ao elemento processo.
- Coordenação - por fim todo esse programa de ação, que tem como base um conjunto de atos, que, dentro de um determinado espaço de tempo leva o Estado a agir planejadamente de forma organizada e investindo para atingir certos fins, socialmente desejados e juridicamente previstos, tem na coordenação, que é feita em vários planos ou níveis, um elemento de extrema relevância. A interação entre os diversos entes públicos, entre os entes da Federação (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), ou mesmo entre o Estado e os particulares é necessária às políticas públicas. Essa articulação ganha amplitude quando se percebe o Estado como um todo, então a coordenação das políticas públicas deve também, nesse

contexto, atingir as políticas públicas entre si, além dos diversos órgãos de governo (Ministérios, Secretarias, Ouvidorias etc.).

Para que as políticas públicas possam atingir sua finalidade maior, que é assegurar a plenitude e efetivação dos direitos previstos constitucionalmente, a todos e a cada um dos brasileiros, a mesma deve passar por um processo complexo, que abrange várias fases e etapas, as quais, mesmo sendo partes de um todo, não são estanques. Podemos citar as seguintes etapas: elaboração, execução, fiscalização e avaliação.

Na primeira etapa, a de elaboração, desdobram-se várias ações, dentre as quais destacamos os estudos multidisciplinares, para diagnosticar, problemas e demandas, a busca de informações para subsidiar o planejamento, a fixação do tempo em que a mesma se desenvolverá. A fixação dos objetivos e metas a serem atingidas, no período de tempo em que será implementada, a escolha dos meios mais adequados e que por isso darão os melhores resultados na hora de se atingir as metas preestabelecidas e que servirão de parâmetro para posterior execução. Ainda, nessa etapa, faz-se necessário a previsão de recursos a serem utilizados e alocados para sua efetivação.

Na etapa de execução dar-se-á a concretização da política pública, observando-se os princípios, diretrizes, prazos e metas previamente fixados na fase de sua elaboração.

Vale ressaltar que a execução de uma política pública não se esgota na sua prática isolada. Sua execução demanda um conjunto ordenado e heterogêneo de medidas que devem ser postas em prática. Iniciando-se na legislação, chegando até a fase de celebração de contratos administrativos, convênios, licitações e outros procedimentos necessários a sua efetivação. Durante sua execução, as demais etapas podem ser exercidas paralelamente, quais sejam: a avaliação e a fiscalização da mesma.

A avaliação tem por objetivo verificar os impactos políticos e sociais da política; se as metas estão sendo atingidas, se os meios utilizados são mesmo os mais adequados e/ou se há

necessidade de modificações ou adequações. Deve haver uma relação de adequação entre os meios utilizados e os fins desejados. Os dados a respeito da política devem ser disponibilizados aos interessados, em respeito ao direito à informação e o direito à participação popular<sup>82</sup> no exercício do controle social dos gastos públicos, por exemplo. De fato, na fase da Fiscalização e controle de políticas públicas, torna-se essencial a participação popular e o controle social, exercido não só de forma individual, mas também de forma coletiva. A sociedade civil organizada, por meios dos Conselhos de Audiências Públicas e mecanismos de pressão variados, exerce um papel importante na fiscalização e no cumprimento das políticas públicas. A sociedade, se abrir mão desse direito de fiscalização e controle social, deixa de utilizar de um poderoso instrumento de transformação social. A participação é um compromisso assumido consigo mesmo e para com os outros, com uma finalidade maior o bem comum.

A ausência ou insuficiência de políticas públicas que tenham como objeto os direitos sociais dificulta o acesso a esses direitos, criando sérios obstáculos ao exercício de todos os direitos humanos e a realização de direitos, especialmente direitos sociais. A relação entre políticas públicas e a realização de direitos, especialmente os sociais, é por isso direta e demandam prestações positivas do Estado. Vale ressaltar que a garantia desses direitos está longe de se dar somente por meios da elaboração de leis, proibindo condutas lesivas. São necessárias leis, regulamentos e medidas públicas de promoção e fortalecimento desses direitos, medidas essas que são tomadas no bojo do processo de concretização das políticas públicas que fixam, como visto acima, de maneira planejada as diretrizes e os modos para a ação do Poder Público e da Sociedade (ARZABE, 2001, p. 32)<sup>83</sup>.

É a partir daí que se conceitua políticas públicas como uma atividade composta de atos, decisões e normas de natureza heterogênea e submetidas a regimes jurídicos distintos.

---

<sup>82</sup> Constituição Federal de 1988, respectivamente Art. 5º, inciso XXXIII e Art. 198, inciso III.

<sup>83</sup> ARZABE, Patrícia Helena Massa. **Conselhos de direito e formulação de políticas públicas**. In: BUCCI, Maria Paula Dallari. Direitos Humanos e Políticas Públicas. São Paulo: Polis, 2001.

São programas de ações governamentais voltados à concretização de direitos. Considerando a abrangência dos direitos fundamentais, toda política pública, que carrega em si um componente finalístico, que é assegurar a plenitude do gozo da esfera de liberdade a todos e a cada um dos integrantes do povo, pode ser considerada política pública social (BUCCI, 2001, p.13)<sup>84</sup>.

Há, portanto, uma estreita relação entre políticas públicas e os direitos humanos. As políticas públicas funcionam como instrumentos de aglutinação de interesses em torno de objetivos comuns, onde se elege prioridades e ou fins, através de escolhas de meios mais adequados a sua consecução e que passam a estruturar uma coletividade de interesses. Toda política pública é um instrumento de planejamento, racionalização e de participação popular. Os elementos das políticas públicas são o fim da ação governamental, as metas nas quais se desdobram esses fins, os meios alocados para a realização das metas e, finalmente, os processos de sua realização. (BUCCI, 2001, p. 13)<sup>85</sup>.

É dentro desse conceito, de políticas públicas como sendo um programa de ação governamental resultante de um conjunto de processos disciplinados pelo direito, voltados à realização de fins socialmente relevantes e juridicamente determinados e que de tal conceituação envolve os seguintes elementos: ação, coordenação, processo e programa, que abordaremos às políticas públicas, destinadas a concretização do direito à saúde. (BUCCI, 2006, p. 38-47)<sup>86</sup>.

Para que o Estado seja capaz de cumprir os seus deveres em relação à saúde, a Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde - SUS (Art. 198), instituição-organismo de direito público que reúne os instrumentos para que o Estado brasileiro

---

<sup>84</sup> BUCCI, Maria Paula Dallari. **Buscando um conceito para políticas públicas**. In: \_\_\_\_\_. Direitos Humanos e Políticas Públicas. São Paulo: Pólis, 2001.

<sup>85</sup> BUCCI, Maria Paula Dallari. **Buscando um conceito para políticas públicas**. In: \_\_\_\_\_. Direitos Humanos e Políticas Públicas. São Paulo: Pólis, 2001.

<sup>86</sup> BUCCI, Maria Paula Dallari. **O conceito de política pública em direito**. In: \_\_\_\_\_. Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

desenvolva as atividades necessárias para garantir o direito à saúde no Brasil. (AITH, 2007, p. 339)<sup>87</sup>.

## 2.2 O Sistema Único de Saúde e a regulação do direito universal à saúde

A criação do Sistema Único de Saúde - SUS ocorreu com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (*Caput* do Art. 198), quando foram estabelecidos os princípios e diretrizes (Art. 198, incisos I, II e III), para reforma do Sistema de Saúde no Brasil. Assim o Sistema Único de Saúde é parte integrante de uma proposta ampla de redefinição da intervenção do Estado na área social<sup>88</sup>, concretizada através da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde.

A característica mais marcante para área da saúde foi a universalização do direito e a igualdade do acesso às ações e serviços de saúde, rompendo com a tradição pré-constitucional que separava os usuários da saúde entre aqueles que estavam no mercado formal de trabalho e o restante da população. A proposta de criação do Sistema Único de Saúde - SUS aponta para construção de um sistema de saúde descentralizado (Art. 198, I Constituição Federal de 1988 e Art. 7°, IX, da Lei n° 8.080/1990), e equânime (Art. 7°, IV, da Lei n° 8.080/1990), sendo a equidade uma política a ser perseguida.

É do conhecimento geral que a saúde passou e tem passado por muitas transformações na história das constituições brasileiras. Nenhuma constituição, no entanto, tratou a saúde com tanta profundidade quanto a atual Constituição Federal de 1988, que institucionalizou a saúde como um direito fundamental e social.

---

<sup>87</sup> AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário – a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

<sup>88</sup> Cf. José Afonso Silva, (2006, p. 183), “os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas estatais, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações desiguais”. **Comentário contextual à constituição**. 2ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2006.

Institucionalizado na atual Constituição, o Sistema Único de Saúde foi a consagração do ideário democrático inserido nas idéias promulgadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que buscava realizar a reforma sanitária no Estado brasileiro (SANTOS, 2000, p. 11)<sup>89</sup>.

Como anuncia Isaias Costa Dias (2000, p. 87)<sup>90</sup>,

Mas foi a carta Magna de 88 que erigiu o atual Sistema Único de Saúde – SUS com características de sistema globalizante dentro da realidade nacional. Gerado e criado nas entranhas do ideário democrático, o SUS é, por certo, uma das grandes criações técnico-jurídico da inteligência brasileira [...].

Os pressupostos básicos do Sistema Único da Saúde descritos na Constituição Federal de 1988 são parte integrante do capítulo da Seguridade Social (Art.194). A Seguridade Social é composta de três áreas distintas, mas solidárias entre si: a saúde, previdência e assistência social. Reforçou a idéia de um Sistema de cobertura destinado a todos (universalidade do acesso) que, contribuindo ou não, compõe a sociedade brasileira e encontrem-se em estado de necessidade. Mantendo-se o vínculo contributivo apenas para previdência social (SANTOS, 2000, p. 12)<sup>91</sup>.

Tais inovações conceituais representam grande avanço no aspecto da universalização do acesso, da integralidade das ações preventivas e curativas, com intuito de evitar duplicidade de meios para alcançar os fins, e com isso compor um sistema de proteção social que resulte no que preconiza a Constituição Federal de 1988, o Estado de Bem-Estar Social (preâmbulo da Constituição, combinado com os Art.3º, inciso IV, bem como no *Caput* do Art.193).

---

<sup>89</sup> SANTOS, Lenir. Saúde do trabalhador. **Conflito de competência: União, Estados e Municípios interface Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social.** Estudo desenvolvido para o Conselho Nacional de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde-Representação no Brasil. Brasília, 2000.

<sup>90</sup> DIAS, Isaias Costa. **Consumidor e Saúde, frente a frente.** Goiânia: Editora Kelps, 2000.

<sup>91</sup> SANTOS, Lenir. **Saúde do trabalhador. Conflito de competência: União, Estados e Municípios interface Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social.** Estudo desenvolvido para o Conselho Nacional de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde-Representação no Brasil. Brasília, 2000.

A fórmula “Saúde - direito de todos, dever do Estado” torna-se princípio constitucional a partir de 1988. O projeto de um Sistema Único de Saúde traz para o debate nacional a questão do acesso universal à saúde, não mais como uma concessão, mas como um vasto movimento legal e gerencial nos vários níveis (hierarquização e regionalização dos serviços) de governo, para tornar possível a oferta dos serviços que lhes são inerentes.

De acordo com Lenir Santos (2000, p. 12)<sup>92</sup>,

Na área da Saúde, foram consagrados princípios do direito à saúde, do dever do Estado de garanti-lo, do acesso universal e gratuito, da descentralização, da participação da comunidade, da unicidade conceitual do sistema, da direção única em cada esfera de governo, da integração de ações preventivas com as curativas, etc. [...]

A saúde tratada nos Artigos. 196 a 200 da C.F., não se restringe apenas à garantia de serviços assistenciais ao cidadão acometido de alguma enfermidade, mas pressupõe, antes de tudo, políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, além de serviços e ações que possam promover, proteger e recuperar a saúde do indivíduo.

Portanto, garantia universal para todos. Todo cidadão, independente de contribuição, tem direito à saúde e direito ao acesso universal e igualitário a esses serviços (Art.196, da Constituição Federal de 1988).

Para Dalmo de Abreu Dallari (1995, p. 9-12)<sup>93</sup>, a Constituição Federal de 1988 registra grande avanço à saúde como um direito fundamental da pessoa humana. Assinala a grande importância da definição das linhas básicas, da organização do Sistema Único de Saúde, constarem na própria Constituição. Chama atenção o fato de que a Lei Maior do País qualifica os serviços de saúde como de relevância pública, prevendo, ainda, a participação da comunidade nos setores públicos de todos os níveis. Tais preceitos constitucionais foram a forma encontrada para que esses direitos fundamentais se tornassem uma possibilidade real

---

<sup>92</sup> Op. cit.

<sup>93</sup> DALLARI, Dalmo de Abreu. **Implementação do direito à saúde**. In: CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: Editora Itucitec, 1995.



para todos os cidadãos que compõem a sociedade brasileira, saindo do plano da mera declaração abstrata.

O arcabouço jurídico institucional do Sistema Único de Saúde, como foi dito, foram descritos na Constituição Federal de 1988, no capítulo sobre a Seguridade Social, e tem sua regulamentação ordinária, seu detalhamento, cristalizado nas Leis Orgânicas da Saúde, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a promoção da saúde e organização dos serviços de forma regionalizada e hierarquizada, e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que define a participação da comunidade e regula as transferências intergovernamentais, ambas dando contorno mais nítido às orientações constitucionais.

A Constituição Federal de 1988 não conceitua o Sistema Único de Saúde, já que lhe coube, apenas, traçar as linhas gerais mínimas desse novo sistema proposto. De acordo com os ditames constitucionais, o sistema delineado é único, integrado por uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde e tem sua organização basilar erigida de acordo com as diretrizes de descentralização, do atendimento integral e com efetiva participação da comunidade (Art. 196, incisos I, II e III). A Constituição delineou, ainda, quais seriam as atribuições mínimas desse sistema (Art. 200, incisos I à VIII).

Do que se encontra disposto na Carta Magna podemos definir, em breves linhas, o Sistema Único de Saúde como a instituição jurídica criada pela Constituição Federal de 1988 para organizar os serviços de saúde no Brasil (AITH, 2007, p. 340)<sup>94</sup>. O detalhamento desses preceitos coube à Lei Orgânica da Saúde, posteriormente editada através da Lei nº 8.080/1990, que em seu Art. 4º, dispõe:

Art. 4º. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

---

<sup>94</sup> AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário – a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

Do que foi exposto, pode-se afirmar que o Sistema Único de Saúde no Brasil, em seu processo de construção, tem contemplado a implementação de um conjunto de estratégias de mudança de financiamento, gestão e organização da produção de serviços de saúde. Tal processo de construção vem sendo marcado pela elaboração e implementação de instrumentos legais e normativos, cujo, propósito central é a racionalização das formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, fundamentados em uma proposta de ampliação da autonomia política dos municípios, enquanto base da estrutura político-administrativa do Estado (PAIM, 1998, p. 8)<sup>95</sup>.

Tal direcionamento, político, no que diz respeito à municipalização dos serviços de atenção básica à saúde, segue as orientações, no nível internacional, formuladas desde as conferências de Alma Ata 1978, Ottawa, em 1986 e a de Bogotá, em 1992<sup>96</sup>.

2.2.1 Aspectos constitucionais: diretrizes, princípios, estrutura de funcionamento, previsão de recursos e atribuições.

Como bem observado por Dalmo de Abreu Dallari (1995, p. 9)<sup>97</sup>, a própria Constituição Federal de 1988 definiu as linha básicas da organização do Sistema Único de Saúde brasileiro. Assim é que em seu Art.198, dispõe sobre sua criação, organização, diretrizes e financiamento.

---

<sup>95</sup> PAIM, Jairnilson Silva et al. **SUS, Modelos Assistências e Vigilância de Saúde**. Revista IESUS, VII (2), Abr/Jun, 1988.

<sup>96</sup> **Documentos Internacionais**. In: ARANHA, Márcio Iorio; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (orgs.). Curso de especialização à distância em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal Universidade de Brasília, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ/REFORSUS, Ministério da Saúde. [s.d.].

<sup>97</sup> **Implementação do direito à saúde**. In: CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: Editora Itucitec, 1995.

Art. 198 – As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade

§ 1º O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art.195, com recursos da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes<sup>98</sup>.

A descentralização é o ponto principal da reestruturação dos serviços de saúde, com a conseqüente delegação de decisões e de competências em relação à assistência à saúde aos níveis estadual e municipal<sup>99</sup>.

O atendimento integral propõe entender o ser humano/paciente em sua totalidade, requerendo o entendimento da saúde enquanto processo dependente de fatores biológicos, psicológicos, sociais e históricos. De acordo com o conceito abordado pelo trabalho inicialmente: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade<sup>100</sup>”.

O financiamento do Sistema, como visto, teve suas regras gerais ditadas pela Constituição e deverá ser custeado, essencialmente, por recursos governamentais originários da União, Estados e Municípios (Art.196, § 1º). Aos poucos essas regras foram sendo avaliadas e, no caso específico do financiamento, houve acréscimos quando da edição da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Referida emenda acrescentou alguns parágrafos ao texto da Constituição, redimensionado o respectivo financiamento do Sistema<sup>101</sup>. As ações governamentais são submetidas a organismos colegiados oficiais dentre

<sup>98</sup> Posteriormente com o passar dos anos, ajustes foram sendo feitos, de acordo com novas situações que foram surgindo, a própria Constituição foi sendo emendada, isso ocorreu principalmente na questão financiamento da saúde. A principal foi a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, altera artigos da Constituição para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Ajustes esses por vezes oriundos de discussões ocorridas inicialmente nos Conselhos de saúde e levados às Conferências de Saúde, obrigando o Estado, tomar decisões.

<sup>99</sup> Acertadamente, o sistema público de saúde, é de competência comum nas três esferas governamentais, o que facilita a sua implementação (Art.23, inciso II, da Constituição Federal de 1988).

<sup>100</sup> Conceito elaborado pela Organização Mundial de Saúde e utilizado como conceito base na elaboração do presente trabalho.

<sup>101</sup> Para saber mais sobre o assunto de financiamento ler, MALIK, Ana Maria. **Planejamento, Financiamento e Orçamento da Saúde**. In: ARANHA, Marcio Iorio; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (orgs.). Curso de Especialização em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Universidade de Brasília, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUS/REFORSUS, MINISTÉRIO DA Saúde, [s.d.]. p. 513-528, bem como, CARVALHO, Gilson. **O financiamento público da saúde no bloco de**

eles, os Conselhos de Saúde, de representação paritária entre usuários e prestadores de serviços, como forma da participação da comunidade que exerce aqui, o denominado controle social.

Como ressalta Fernando Aith (2007, p. 354)<sup>102</sup>, os princípios dos Sistema Único de Saúde fornecidos pela Constituição Federal de 1988 servem de base para o sistema como um todo; apontando, já as diretrizes devem ser seguidas para que se alcancem os objetivos previstos. E compara, “Se os princípios são os alicerces do sistema, as diretrizes são seus contornos. [...]. Tais princípios e diretrizes vinculam todos os atos realizados no âmbito do sistema [...]”<sup>103</sup>.

No Art. 200, da Constituição Federal de 1988, encontramos elencados, em seus incisos de I a VIII, as atribuições gerais e mínimas que dão base às atividades a serem desenvolvidas pelo novo sistema dentre as quais destacamos as seguintes:

1. Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse da saúde;
2. Fiscalizar e inspecionar alimentos, controle do seu teor nutricional, bebidas e águas, consumo humano.
3. Participar do controle e fiscalização da produção, do transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos tóxicos, radioativos e psicoativos;
4. Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador<sup>104</sup>;
5. Ordenar formação de recursos humanos na área da saúde;
6. Colaborar na proteção do meio ambiente compreendido, também, o do trabalho<sup>105</sup>;

---

**constitucionalidade.** In: ARANHA, Márcio Iório (org.). Direito sanitário e saúde pública. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 317-347

<sup>102</sup> **Curso de direito sanitário – a proteção do direito à saúde no Brasil.** São Paulo: Quartier Lantin, 2007.

<sup>103</sup> AITH, Fernando. Op. cit., mesma página.

<sup>104</sup> Coube a Lei Orgânica da Saúde, n° 8.080/1990, em seu Art. 6°, §§ 1°, 2° e 3°, conceituar normativamente o que abrange a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica e a saúde do trabalhador.

<sup>105</sup> Afinal, de acordo com a LOS, Lei n° 8.080/1990, em seu Art. 3°, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, a alimentação, o saneamento básico, meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, dentre outros.

7. Participar da formulação de políticas e da execução de ações de saneamento básico;
8. Incrementar sua atuação no desenvolvimento científico e tecnológico.

Como dito anteriormente, a organização e ações de saúde em forma de um Sistema Único de Saúde, o SUS, é mandamento de índole constitucional de forma que a Lei Orgânica da Saúde – LOS surge para operacionalizar a eficácia de sua previsão.

#### 2.2.2. Os mecanismos de execução e gestão: a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que detalha a Constituição Federal de 1988, no que diz respeito à saúde, “dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outros providências”, ou seja, detalha o conteúdo constitucional.

Esta lei define os papéis institucionais de cada esfera governamental no plano da gestão, estrutura de financiamento e as regras de transferências de recursos entre os diferentes níveis de governo, através dos Fundos de Saúde <sup>106</sup>.

Conforme Maués e Simões ([s.d.], p. 492)<sup>107</sup>,

A Lei 8.080/90 nasce para dar visibilidade e estrutura ao SUS, juntamente com a Lei 8.142/90, que deriva da necessidade de ultrapassar-se [sic] os vetos que a LOS recebeu, criando os Conselhos e Conferências de Saúde bem como implementando os instrumentos de controle social das políticas de saúde.

---

<sup>106</sup> O modelo proposto inicialmente, de transferência entre os diferentes fundos de saúde, em caráter automático e imediato foi prejudicado pelo veto presidencial. Ao final a solução veio com a promulgação da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que complementa a Lei nº 8.080/1990.

<sup>107</sup> MAUÉS, Antônio G. Moreira; SIMÕES, Sandro Alex de Souza. **Direito Público Sanitário Constitucional**. In: ARANHA, Márcio Iorio; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (orgs.). Curso de especialização à distância em direito sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Universidade de Brasília, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ/REFORSUS, Ministério da Saúde, [s.d.].

A Lei nº 8.080/1990 foi dividida em cinco títulos, respectivamente tratando no título I, das disposições gerais; no título II, do Sistema Único de Saúde, este subdividido em quatro capítulos compreendido: dos objetivos e atribuições; dos princípios e diretrizes; da organização, da direção e gestão; das competências e das atribuições, o título III – Dos serviços privados e assistência à saúde, este, também subdividido, mas em apenas dois capítulos: do funcionamento; da participação complementar; no título IV – Dos recursos humanos e por fim o título V – do financiamento, do qual se subdivide em três capítulos: Dos recursos; Da Gestão financeira; Do planejamento e do Orçamento.

Como dito anteriormente, a Lei Orgânica da Saúde, editada através da Lei nº 8.080/1990 veio para detalhar o conteúdo constitucional, no que diz respeito mais especificamente à definição dos papéis institucionais de cada esfera governamental no plano da gestão, competências, objetivos e atribuições, princípios e diretrizes.

Passemos então, a fazer uma breve análise dos diversos mecanismos de proteção editados, e mesmo ampliados, no sentido e no alcance pela Lei Orgânica, que delineiam ao final, de que forma se fará a gestão e execução desses serviços, objetivando sempre dar garantias ao direito à saúde<sup>108</sup>.

A Lei Orgânica, no seu detalhamento, de acordo com alguns autores, além de detalhar, ampliou não só o conceito constitucional de saúde, mas também as atribuições dadas ao Sistema Único de Saúde. Como vimos, foi ela também quem conceituou o novo sistema em seu Art. 4º.

O detalhamento não se deu apenas na conceituação formal do Sistema Único de Saúde, foi além, ampliou as atribuições constitucionalmente previstas no Art. 200, da

---

<sup>108</sup> Não é objetivo central desse trabalho detalhar todo o sistema de saúde, visto que isso já foi feito por diversos autores e de forma, ao nosso ver, a mais completa e abrangente. Dentre os quais destacamos Fernando Aith, Sueli Gandolfi Dallari, Guido Ivan de Carvalho, Lenir Santos, Jairnilson da Silva Paim, Antônio Moreira Maués, Sandro Alex Simões dentre outros, todos citados ao longo desse trabalho.

Constituição Federal de 1988, bem como de acordo com Maués e Simões ([s.d.], p. 493)<sup>109</sup>, ampliou substancialmente o conceito constitucional de saúde sob dois aspectos, vejamos,

A LOS avança em relação à conceituação do direito à saúde em dois pontos substancialmente.

Em primeiro lugar ao tratar o direito à saúde, consoante a perspectiva constitucional como um direito fundamental. Nesse ponto de vista não se trata de defender o direito à vida compreensivamente e sim de entender a saúde como um direito à vida qualificada, direito às condições mínimas necessárias para uma existência digna. Dessa maneira o Estado não pode mais conforma-se à rudimentar função de prestador de serviços de saúde, o que traduziria uma relação individual, contratual, de consumo entre o cidadão e o SUS. Em face da saúde enquanto direito fundamental o Estado reverte-se do papel garantidor positivo de uma política sanitária ampla com o fito de desincumbir-se da sua responsabilidade, de seu dever constitucional de prestar.

Em segundo lugar ao abordar no art. 3º os fatores determinantes ou condicionantes da saúde tais como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, a LOS ampliou de maneira corajosa o conceito de saúde. O conceito inclusivo ou compreensivo de saúde presente na LOS permite compreender que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País, o que situa nitidamente e intencionalmente o direito à saúde como elemento basilar da construção da cidadania.

Quanto aos objetivos e atribuições, estes também foram mais detalhadamente normatizados pela Lei Orgânica, sem fugir é claro aos itens já referidos pelo Art. 200, da Constituição Federal de 1988. O que foi por esta disciplinado em oito incisos, passou então a ter uma abrangência maior, quando naquela detalhou-os em vinte e um incisos, compondo o seu Art. 6º. Ressalve-se que aproveitou o detalhamento e conceituou normativamente o que se entende por vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, bem como saúde do trabalhador, conceitos estes essenciais para delimitar a atuação do novo sistema.

Na Constituição Federal de 1988,

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

[...];

<sup>109</sup>MAUÉS, Antônio G. Moreira; SIMÕES, Sandro Alex de Souza. **Direito Público Sanitário Constitucional**. In: ARANHA, Márcio Iorio; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (orgs.). Curso de especialização à distância em direito sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Universidade de Brasília, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ/REFORSUS, Ministério da Saúde, [s.d.].

II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

Na Lei Orgânica n° 8.080 de 1990,

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I – a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) da saúde do trabalhador;

[...]

§ 1º. Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, [...].

§ 2º. Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º. Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...].

Os objetivos, anteriormente definidos na Constituição Federal de 1988, como da redução de riscos de doenças e de outros agravos à saúde, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196, Lei Maior), são pela Lei Orgânica, Lei n° 8.080/1990, redefinidos em seu Art. 5º, de forma mais específica e detalhada. No detalhamento, respectiva lei aponta como objetivos do Sistema Único de Saúde:

I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde<sup>110</sup>;

<sup>110</sup> A referência feita no inciso sobre a divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde (que a própria lei no *caput* do Art. 3º já relacionou), é prevista como forma de posteriormente a comunidade poder garantir seu direito de participação. A comunidade tendo acesso à informação exercita melhor sua participação no controle social das políticas públicas de saúde. É dever do Estado promover o direito à saúde, é direito de todos ter acesso ao direito à saúde, mas, se não for bem informado não pode participar, conseqüentemente não



- II – a formulação de política de saúde destinada a promover nos campos econômicos e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei<sup>111</sup>;
- III – a assistência às pessoas por intermédio de promoção, proteção e recuperação com a realização integrada das ações assistenciais e de atividades preventivas.

Sobre a Lei Orgânica da Saúde, vale ressaltar, que desde a sua edição, através da Lei ordinária de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, esta foi posteriormente complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, no entanto, ambas, até a presente data não foram reformuladas no seu teor ou na sua íntegra. Foram sim, complementadas, ou seja, regulamentadas através de normas jurídicas, como decretos, portarias, resoluções, todas focadas num objetivo maior, a proteção do direito constitucional (fundamental e social) que é o direito à saúde<sup>112</sup>.

### 2.2.3. A participação popular no exercício do Controle Social e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990

A participação da comunidade no Sistema Único de Saúde, preceito constitucional a partir da Constituição Federal de 1988, Art. 198, inciso III<sup>113</sup>, foi viabilizado quando da promulgação de normas infraconstitucionais, mais especificamente da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, já referida anteriormente, que instituiu os Conselhos de Saúde e

---

pode controlar socialmente às políticas que lhes estão sendo aplicadas.

<sup>111</sup> Tal parágrafo, do artigo citado, prevê a observância do dever do Estado de garantir a saúde através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem (o objetivo inicial apontado pela Constituição Federal de 1988, em seu Art. 196) a redução de riscos de doenças e outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

<sup>112</sup> Essa profusão normativa surgida após a Constituição Federal de 1988 e das Leis nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 (Leis Orgânicas da Saúde) fez surgir, no Brasil, um novo ramo jurídico denominado direito sanitário. Tais normas, que compõem o novo ramo, direito sanitário, obedecem a uma hierarquia: a Constituição Federal de 1988, (todas as demais devem estar em consonância com seus ditames); Leis complementares, Leis ordinárias (Lei nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, dentre outras), decretos, portarias e resoluções. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 52.

<sup>113</sup> Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

[...];

III – participação da comunidade.

institucionalizou as Conferências, ambos como instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde, ambos com atuação nas três esferas governamentais, federal, estadual e municipal.

A partir de então, os Conselhos de Saúde, órgãos colegiados e integrantes do Sistema Único de Saúde, passaram a ser instâncias deliberativas e fiscalizadoras em cada uma das esferas governamentais<sup>114</sup>.

Os Conselheiros de Saúde, nos respectivos conselhos exercem atividades de relevância pública<sup>115</sup> a serviço do Sistema Único de Saúde, mas com objetivos definidos de garantir princípios constitucionalmente e legalmente previstos.

Dentre as atribuições legais previstas pelas chamadas Leis Orgânicas da Saúde, Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, estão as seguintes:

- caráter permanente, deliberativo e fiscalizador<sup>116</sup>;
- fiscalização e deliberação sobre o orçamento, plano de saúde, relatório de gestão e plano de aplicação, entre outros<sup>117</sup>;
- composição através dos quatro seguimentos, governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários<sup>118</sup>;
- representação dos usuários paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos<sup>119</sup>;

---

<sup>114</sup> Recentemente, a Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003 do Conselho Nacional de Saúde, reestruturou os conselhos. O Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, revogando o Decreto nº 99.438, de 07 de agosto de 1990, que deu o respaldo, a época, 1999, quando da instituição dos conselhos através da Lei nº 8.142/1990, também trouxe novidades quanto à organização e as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde.

<sup>115</sup> Art. 197 – São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros, também, por pessoa física ou jurídica de direito. Posição reafirmada pela Resolução nº 333/2003, constante do inciso X, da terceira diretriz: “X – A função de Conselheiro é de relevância pública e, portanto garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde”.

<sup>116</sup> Lei nº 8.142/1990 – Art. 1º, § 2º e Resolução nº 333/2003, Primeira Diretriz.

<sup>117</sup> Lei nº 8.142/1990 – Art.1º, § 2º e Resolução nº 333/2003, Parágrafo único da Primeira Diretriz e Terceira Diretriz.

<sup>118</sup> Lei nº 8.142/1990 – Art. 1º, § 2º e Resolução nº 333/2003, Terceira Diretriz, inciso II, alíneas *a*, *b* e *c* e inciso III, alíneas *a* a *q*.

<sup>119</sup> Lei nº 8.142/1990 – Art. 1º, § 4º e Resolução nº 333/2003, Terceira Diretriz, inciso II, alínea *a*.

- sua organização e norma de funcionamento serão definidas em regimento próprio e aprovado pelo respectivo conselho<sup>120</sup>;
- de poder convocar extraordinariamente, nas respectivas esferas governamentais, as conferências de saúde, caso não haja convocação pelo Poder Executivo<sup>121</sup>.

Portanto, por imposição constitucional (Art. 198, inciso III), os Conselhos de Saúde foram instituídos, como forma de garantir a participação da comunidade, e outro preceito constitucional, que é o da garantia do direito de todos à saúde e o dever do Estado em assegurar o acesso às ações e serviços que promovam, protejam e recuperam a saúde. A Legislação infraconstitucional, especificamente a Lei nº 8.142/1990, em seu Art. 4º, inciso II, e parágrafo único, prevê a existência dos Conselhos de Saúde, bem como a penalidade ao seu não atendimento, quanto à administração dos recursos e o seu repasse, nas respectivas esferas governamentais.

Art. 4º Para receberem os recursos de que trata o art. 3º desta Lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

[...];

II – Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 07 de agosto de 1990<sup>122</sup>;

Parágrafo Único – O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará que os recursos concernentes sejam administrados respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Dada a exigência legal de sua formalização como órgão colegiado e instância componente do Sistema Único de Saúde, e que se tem o conhecimento de que na totalidade dos municípios existe o respectivo Conselho<sup>123</sup>.

<sup>120</sup> Lei nº 8.142/1990 – Art. 1º, § 5º e Resolução nº 333/2003, Quinta Diretriz, inciso II.

<sup>121</sup> Lei nº 8.142/1990 – Art.1º, § 1º.

<sup>122</sup> O referido decreto foi revogado pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.

<sup>123</sup> Cf. Adalgiza Balsemão (2003, p. 305). **Competências e rotinas de funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil**. In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito sanitário e saúde pública/ Ministério da Saúde, Secretária de Gestão e Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Sua organização está pactuada nas Leis Orgânicas da Saúde, mas especificamente na Lei nº 8.142/1990, onde trata de forma geral do seu funcionamento e de alguma de suas atribuições. A Lei prevê a elaboração de um Regimento Interno, Art. 1º, inciso II, § 5º:

[...]

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidos em regimento próprio, aprovados pelo respectivo conselho.

O Regimento Interno próprio deverá ser elaborado e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e Conferência, em suas respectivas esferas de atuação. De acordo com Adalgiza Balsemão (2003, p. 303)<sup>124</sup>, “é um instrumento do conselho de saúde aprovado em plenário respectivo e a modificado sempre que necessário, contanto que obedeça as leis que cria o respectivo conselho”.

No Regimento Interno, consta sobre sua organização estrutura e forma de funcionamento do colegiado, destacando prioritariamente questões como a periodicidade de reuniões, quorum mínimo para deliberações, eleições dentre outros assuntos pertinentes ao seu funcionamento; sempre observando as normas gerais<sup>125</sup> já estabelecidas.

Como podemos ver o Controle Social do Sistema Único de Saúde – SUS, vem efetivando-se através e principalmente dos Conselhos de Saúde, agora existente nas três esferas governamentais, bem como de forma subsidiária, mas não menos importante, e já mencionada anteriormente, das Conferências de Saúde, ambas legalmente designadas como instâncias colegiadas e integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS<sup>126</sup>.

Portanto, após a proposição, no Relatório Final da 8º Conferência Nacional de Saúde, da implantação de um Sistema Único de Saúde que fosse descentralizado, hierarquizado e

---

<sup>124</sup> **Competências e rotinas de funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil.** In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito sanitário e saúde pública/ Ministério da Saúde, Secretária de Gestão e Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

<sup>125</sup> A Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990 dentre outras.

<sup>126</sup> Lei nº 8.142/1990, Art. 1º, incisos I e II.

capaz de atender a todos, prestando serviços e desenvolvendo ações de forma integral e com equidade, sugeriu-se, ainda, a participação dos usuários. Mais do que os usuários, o sistema deveria contar com a participação de toda a comunidade, ou seja, todos que fossem prestar executar e/ou receber essas ações e/ou serviços, para que, obtendo informações necessárias<sup>127</sup>, pudessem exercer o controle social, escolhendo, dentre as propostas ali apresentadas, as melhores, ou mesmo, propondo políticas públicas mais adequadas e, portanto, mais propensas a se efetivarem junto àquela comunidade/usuários, naquele momento e com aquelas especificidades. Sugeria, portanto, a instituição de conselhos e a ampliação das conferências, ambos como órgãos colegiados e atuantes nas três esferas governamentais.

As sugestões da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram incorporadas pela Constituição Federal de 1988, que constitucionalizou, não só o Sistema Único de Saúde – SUS, como também os Conselhos e as Conferências nas três esferas governamentais.

Os Conselhos, assim como as Conferências, passaram a ser o palco para o exercício dos direitos à participação e à informação, fornecendo subsídios para o exercício do direito de escolha dessa ou daquela política pública, e conseqüentemente, para o exercício do controle social sobre as políticas públicas a serem executadas nos anos subseqüentes às respectivas reuniões.

É consenso que o Sistema Único de Saúde – SUS é uma das maiores políticas públicas Sociais<sup>128</sup> implementados pela Constituição Federal de 1988. É consenso, também que as

---

<sup>127</sup> Princípio da informação, Art. 5º, inciso XIV, previsto no Art. 198, inciso III. De acordo com José Afonso da Silva (2006, p. 109-110) “informação é o conhecimento de fatos, de acontecimentos, de situações de interesse geral e particular.” Continua “[...] o interesse sempre crescente da coletividade para que tanto os indivíduos como a comunidade estejam informados para o exercício consciente das liberdades públicas” e conclui, “o direito a informação [...] não é um direito pessoal, nem simplesmente um direito profissional, mas um direito coletivo”. **Comentário contextual à constituição**. 2ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2006. Entendo que para participar, a comunidade, todos, devem ter acesso a informação devidamente qualificada e fidedigna, só assim exercerão melhor a sua participação.

<sup>128</sup> De acordo com Fernando Aith (2006, p. 235-237), quando a política pública tiver como objetivos a consolidação institucional da organização política do Estado, ela poderá ser considerada política de Estado. Um exemplo de política de organização estrutural de serviços essenciais é uma política de estruturação do Sistema Único de Saúde. **Políticas públicas de Estado e de governo: instrumentos de consolidação do Estado Democrático de Direito e de promoção e proteção dos direitos humanos**. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

Conferências e principalmente os Conselhos são os guias na elaboração, gestão e execução dessas políticas públicas.

Documentos Internacionais, desde Alma Ata<sup>129</sup>, já sinalizavam a necessidade de que internamente os países assumissem o compromisso com suas coletividades e as incluíssem tanto na participação das decisões, quanto para que os Estados Nacionais fossem obrigados a fornecer informações necessárias e fidedignas para que essa participação na elaboração, gestão e execução das políticas públicas conduzisse ao efetivo exercício do chamado controle social.

A Agenda 21<sup>130</sup>, formulada após a Conferência das Nações Unidas sobre o meio ambiente e desenvolvimento em 1992, no Rio de Janeiro, também ressalta a importância da informação para a tomada de decisão. Baseia-se na afirmativa de que cada pessoa é usuário e provedor de informações, consideradas em sentido amplo, o que inclui dados, informações experiências e conhecimentos adequadamente apresentados. O acesso à informação permite atingir metas importantes, dentre as quais: “[...] fortalecer a capacidade local, provincial, nacional e internacional de coleta e utilização de informação multissetorial nos processos de tomada de decisões, em particular nos países em desenvolvimento; [...] Tornar a informação pertinente acessível na forma e no momento em que for requerido para facilitar o seu uso<sup>131</sup>”.

Os Conselhos, reunindo-se nos três níveis, e levando posteriormente suas propostas aos três níveis das Conferências, foi o modelo adotado pela legislação brasileira.

Hoje é fato que os Conselhos e, subsidiariamente, as Conferências, existem nas três esferas governamentais e de acordo com a Constituição Federal de 1988, foram o meio

---

<sup>129</sup> **Documentos Internacionais.** In: ARANHA, Márcio Iorio; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (orgs.). Curso de especialização em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Universidade de Brasília, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ/REFORSUS, Ministério da Saúde. [s.d.]. p. 563-565. Declaração de Alma Ata, URBS. 12 de setembro de 1978, “IV – É direito e dever dos povos participar [sic] individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde”.

<sup>130</sup> **Conferência das Nações Unidas sobre o meio ambiente e desenvolvimento. Agenda 21** (1992: Rio de Janeiro). Belém: Ministério Público do Estado do Pará, 2000. p. 395-396.

<sup>131</sup> **Conferência das Nações Unidas sobre o meio ambiente e desenvolvimento. Agenda 21** (1992: Rio de Janeiro). Belém: Ministério Público do Estado do Pará, 2000. p. 395-396.

escolhido para efetivação da participação da comunidade na implementação de políticas públicas, desde sua elaboração até a sua execução<sup>132</sup>.

Adalgiza Balsemão (2003, p. 312)<sup>133</sup>, entende que desde a instalação dos conselhos de saúde em 1990, no Brasil, o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS avançou bastante. Aponta no sentido de que uma maior articulação nacional entre os conselhos tem possibilitado através de lutas conjuntas a conquista de resultados favoráveis para saúde, que resultou na Emenda Constitucional nº 29/2000<sup>134</sup>.

A possibilidade de o Sistema Único de Saúde sair vitorioso na sua plena efetivação depende da participação de cidadão ou cidadã que assuma com paixão a condição de conselheiro entendendo que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, que a universalidade, também, é um direito e é possível de serem alcançados. Decorrente, dessa efetivação podemos comemorar a vitória do exercício da cidadania, a vitória do SUS com todos os seus princípios, acesso universal e igualitário e a saúde pública de qualidade para todos (BALSEMÃO, 2003, p. 312)<sup>135</sup>.

Para Marcos Faro de Castro (2003, p. 388)<sup>136</sup>,

[...] a Lei nº 8.142/90 estabelece um processo decisório de natureza descentralizada e participativa para implementação da política de saúde. Isso significa que o processo decisório, em princípio, se abre ao debate ‘público’, e não apenas estatal,

<sup>132</sup> Fernando Aith (2006, p. 234) comenta, “a atividade estatal de elaboração, planejamento, execução e financiamento das políticas públicas conta, cada vez mais, com a participação ativa da sociedade civil organizada, fator que deve ser sempre considerado em qualquer análise que se faça do tema”. **Políticas públicas de Estado e de governo: instrumentos de consolidação do Estado Democrático de Direito e de promoção e proteção dos direitos humanos**. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

<sup>133</sup> **Competências e rotinas de funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil**. In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito sanitário e saúde pública/ Ministério da Saúde, Secretária de Gestão e Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

<sup>134</sup> Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, altera artigos da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ADCT, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Constituição Brasileira de 1988.

<sup>135</sup> BALSEMÃO, Adalgiza. Op. cit.

<sup>136</sup> **Dimensões Políticas e Sociais do Direito Sanitário Brasileira**. In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito sanitário e saúde pública. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

para administração da política de saúde. Assim o caráter federativo e plural – inclusive com representação paritária dos usuários – dos Conselhos de Saúde oferecem oportunidades para que a agenda ‘sanitarista’ introduza critérios oriundos de debate ‘público’ para estabelecer parâmetros de implementação da política de saúde.

Tratar da participação e controle social significa que o gestor do Sistema Único de Saúde, além de lidar com sua equipe técnica e com os demais membros de seu governo, deve interagir permanentemente com diversos setores da sociedade presentes nos Conselhos de Saúde, obrigatórios por lei em todos os Município e Estados, com quem deve compartilhar as deliberações e a quem deve prestar contas de seu trabalho como gestor.

A participação, dando a idéia de controle social, realiza-se através da ação desses organismos participativos, chamados de colegiados, formados por representantes dos governos, nos três níveis respectivamente dos clientes das políticas e dos profissionais que as implementam. As políticas públicas sociais devem ser conduzidas em parceria e sob o controle de representantes dos segmentos sociais diretamente interessados. Incentivar a participação da sociedade é assegurar maior responsabilidade pública dos governantes, no momento de planejar, gerir, financiar e executar as políticas públicas sociais.

### 2.3 Universalização da assistência e o direito à diferença

As reformulações das políticas sociais, mais especificamente, das políticas de saúde, como dissemos anteriormente, começaram a acontecer no Brasil na década de 1980, como resultado do que foi gestado pela Reforma Sanitária brasileira durante as décadas de 1960 e 1970.

Vimos que um dos produtos da Reforma Sanitária brasileira que vem sendo implementado de forma a atingir toda a sociedade brasileira, como política social de saúde, é o Sistema Único de Saúde. Tal sistema tem como norteador, dentre outros, dois princípios



que devem ser aplicados, independentemente de grupos ou classes particulares: a garantia universal e igualitária às ações e serviços de promoção, proteção e manutenção da saúde e a participação da comunidade na elaboração e execução dessas políticas – o chamado controle social.

Vale dizer, que os destinatários do dever de proteger e manter a saúde (toda sociedade que compõe o Estado Brasileiro) contém segmentos expostos à situação de risco, dentre os quais se encontram os povos indígenas<sup>137</sup> Contudo, o Sistema Único de Saúde ao ser regulamentado pela Lei nº 8.080, de 1990, não contemplou as especificidades dessa parcela da sociedade nacional, os povos indígenas, que merecem especial consideração no tocante às suas diversidades étnico-culturais.

Afinal a Constituição Federal de 1988 reconheceu em seu preâmbulo, o caráter pluralista da sociedade brasileira, ou seja, o caráter pluricultural do Estado brasileiro, “[...] um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, [...], com valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social [...]”<sup>138</sup>.

A Constituição, também, reconheceu aos índios “[...] sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, [...]”<sup>139</sup>.

Nesse sentido, podemos citar Fernando Antonio de Carvalho Dantas (2003, p. 492-494)<sup>140</sup>.

<sup>137</sup> Mais tarde, em 1992, na Eco-92, ocorrido no Rio de Janeiro, respectiva população é considerada um dos grupos vulneráveis e que merecem atenção especial dos Estados nacionais, mas que devem sempre em consideração as suas especificidades étnicas e culturais e o devido respeito e integração dos conhecimentos tradicionais, as suas práticas na implementação de soluções na área da saúde. **Conferência das Nações Unidas sobre o meio ambiente e desenvolvimento. Agenda 21** (1992: Rio de Janeiro). Belém: Ministério Público do Estado do Pará, 2000. p. 53-57.

<sup>138</sup> Preâmbulo da Constituição Federal de 1988.

<sup>139</sup> *Caput* do Art. 231 da Constituição Federal de 1988.

<sup>140</sup> **Humanismo latino: o Estado brasileiro e a questão indígena.** In: MEZZARROBA, Orides (org.). *Humanismo latino e o estado no Brasil.* Florianópolis: Fundação Boiteux: [Treviso]: Fondazione Cassamarca, 2003.

A Constituição Federal de 1988 contém a maior inclusão de garantias referentes aos índios e às sociedades indígenas em toda a história constitucional brasileira.

[...].

O direito de ser diferente, que em outras palavras poderia ser dito como o direito de ser reconhecido, enquanto pessoas e grupos, com valores diferenciados que conceituam bens jurídicos também diferenciados, no que se refere a línguas, crenças, rituais, músicas, artefatos materiais, práticas sociais, constitui o fundamento, entre outros, do estado realmente democrático e pluralista de direito.

[...].

Assim, a base constitucional de Estado pluralista, que tem na etnodiversidade o desenho do mosaico social brasileiro, pode configurar-se enquanto princípio constitucional da pluralidade dos povos – ainda que a Constituição não o tenha declarado claramente - cujas culturas, ideologias, interesses e projetos são diferenciados da cultura nacional dominante e devem ser respeitados em todas as suas manifestações, além da criação de espaços públicos de efetividade, ou seja, condições institucionalizadas de real participação no processo político.

À época da elaboração da legislação nacional, muitos já eram os documentos internacionais que indicavam na direção do respeito à diversidade étnico cultural em relação às populações indígenas (dentre as quais se destaca a Convenção nº 107/1957 da Organização Internacional do Trabalho – OIT, posteriormente revisada e atualizada através da Convenção nº 169/1989, também da OIT, das quais o Brasil foi e é signatário) e, muito embora o Brasil tenha reconhecido o pluralismo da sociedade nacional em sua composição, na hora da elaboração dessas normas internas, de forma a efetivar preceitos e direitos, constitucionalmente previstos e reconhecidos, não conseguiu fazê-lo de um modo mais adequado a que cada situação requer.

Alfredo Wagner Berno de Almeida (2006, p. 26-27)<sup>141</sup> alerta:

As teorias do pluralismo jurídico, para os quais o direito produzido pelo Estado não é único, ganharam força com a Constituição de 1988. Juntamente com elas e com as críticas ao positivismo, que historicamente confundiu as chamadas “minorias” dentro da noção de “povo”, também foi contemplado o direito à diferença, enunciando o reconhecimento de direitos étnicos. Os preceitos evolucionistas de assimilação dos “povos indígenas e tribais” na sociedade dominante foram deslocados pelo estabelecimento de uma nova relação jurídica entre o Estado e estes povos com base no reconhecimento da diversidade cultural e étnica [...]. Estes processos de rupturas e de conquistas, que levaram alguns juristas a falar em um “Estado Pluriétnico” ou que confere proteção a diferentes expressões étnicas, não resultaram, entretanto, na adoção pelo Estado de uma política étnica e nem

---

<sup>141</sup> Terras de quilombo, terras indígenas “babaçuais livres”, “castanhais do povo”, faxinas e fundos de pasto: terras tradicionalmente ocupadas. Manaus: PPGSCA-UFAM, 2006.

tampouco em ações governamentais sistemáticas capazes de reconhecer prontamente os fatores situacionais que influenciam uma consciência étnica.

Como foi dito, as Conferências Nacionais de Saúde passaram, com o decorrer dos anos, a ser os maiores e mais privilegiados fóruns onde se discute políticas públicas de saúde. Portanto, foi lá que nasceram as maiores conquistas nessa área, tanto para os brasileiros não-índios, quanto para os brasileiros índios.

O Sistema Único de Saúde, como conquista da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e resultado de uma das reivindicações da reforma sanitária, teve também, como resultado a realização da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Índios. Esta sim, origem das reivindicações para efetivação de políticas públicas, que assegurassem, reconhecessem e respeitassem as formas diferenciadas dos povos indígenas no cuidado com a saúde.

De acordo com Fernando Antonio de Carvalho Dantas (2003, p. 477)<sup>142</sup>,

Os índios constituem imensa diversidade de povos, com culturas próprias, habitantes contemporâneos em espaços atualmente marcados no território brasileiro. [...] a categoria “índio” define-se como uma oposição aos bancos, que não deve ser tomada como modo redutor da diversidade, pois os povos indígenas apresentam-se diferenciados entre si nos aspectos biológicos, lingüísticos e culturais.

Portanto, falar em direito à diferença, não é só em relação à parcela da sociedade não-indígena e a parcela da sociedade indígena (ambas, compõe a sociedade brasileira – o “todos” que tem direito à saúde). É falar, também, do direito a ser considerados diferentemente uns dos outros entre os próprios índios, principalmente no que diz respeito à relação de cada uma dessas etnias, que compõem a parcela da sociedade índia, em suas concepções do que seja saúde ou mesmo da relação saúde e a doença.

---

<sup>142</sup> **Humanismo latino: o Estado brasileiro e a questão indígena.** In: MEZZARROBA, Orides (org.). Humanismo latino e o estado no Brasil. Florianópolis: Fundação Boiteux: [Treviço]: Fondazione Cassamarca, 2003.

O direito de ser diferente visto como um direito a ser reconhecido, pessoalmente ou em grupos, com valores diferenciados. Para Helder Girão Barreto (2006, p. 105)<sup>143</sup>, “Para nós a ‘diferença’ não implica ‘homogeneidade’, mas, ao contrário, ‘individualidade’. No caso indígena, sobretudo, a ‘diferença’ é condição mesma da própria identidade”.

Garnelo, Macedo e Brandão (2003, p. 12-13)<sup>144</sup> ressaltam:

Falar de povos indígenas e de suas trajetórias históricas e interações com a sociedade brasileira significa, obrigatoriamente, falar de uma diversidade que dificilmente pode ser agrupada num conjunto único de relações.

[...].

A realidade dos povos indígenas apresenta-se muito mais complexa.

[...].

A rigor, o que existe é um quadro marcado pela diversidade, o que gera a necessidade de um tratamento mais cuidadoso dos planejamentos de ações de intervenção em relação aos povos indígenas. Cada etnia possui a sua própria história que, guardando semelhanças e diferenças em relação a outras, responde como base de conhecimento para a identificação de problemas locais, juntamente com a história regional e das políticas governamentais na região.

[...].

De qualquer maneira, os povos indígenas que habitam o território brasileiro rompem com a imagem uniforme e romântica de índio, produzida ao longo da história da nossa sociedade.

Note-se que a Constituição Federal de 1988, além de contemplar a universalização da assistência à saúde, extensível a todos os brasileiros, contempla também, a pluralidade social que compõe a sociedade brasileira e o direito à diferença.

Como salienta Boaventura de Souza Santos, 1997 (apud Dantas, 2003, p. 501)<sup>145</sup>, “temos direito a sermos iguais quando a diferença nos faz inferiores, porém, temos direito a sermos diferentes, quando a igualdade nos descaracteriza”.

Nas últimas décadas, diversos povos e grupos sociais portadores de identidade coletiva e étnica, organizados em movimentos sociais, vêm buscando garantir e reivindicar direitos,

<sup>143</sup> BARRETO, Helder Girão. **Direitos indígenas: vetores constitucionais**. 1ª ed., 4ª tir. Curitiba: Juruá, 2006.

<sup>144</sup> GARNELO, Luiza, MACEDO, Guilherme; BRANDÃO; Luiz Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

<sup>145</sup> **Humanismo latino: o Estado brasileiro e a questão indígena**. In: MEZZARROBA, Orides (org.). *Humanismo latino e o estado no Brasil*. Florianópolis: Fundação Boiteux; [Treviso]: Fondazione Cassamarca, 2003.

que sempre lhes foram negados pelo Estado. Trata-se dos povos indígenas,<sup>146</sup> [...] dentre outros. O Estado brasileiro tem negado sistematicamente a existência social desses povos, na medida em que as políticas governamentais continuam sendo pensadas de forma “universal”, levando à constituição do “reino de um único direito”, o que mais tem servido para “apagar” as diferenças existentes do que para garantir o direito às diferenças. A ampliação de lugares políticos de participação desses povos e grupos sociais, embora tenha instituído “novas relações” com o Estado e estimulado a adequação das estruturas burocráticas, [...], não vem se traduzindo em políticas efetivas que reconheçam de forma plena os diferentes modos de “criar”, de “fazer” e de “viver” desses grupos, como determina o texto constitucional (SHIRAIISHI NETO, 2006, p. 13-14)<sup>147</sup>.

Nesse sentido, as políticas universalizantes, que vinham sendo aplicáveis aos povos indígenas, contemplam de forma genérica, dentro da terminologia “todos<sup>148</sup>”, esse grupo social, mas, materialmente, essa categoria (povos indígenas) não vinha obtendo acesso adequado a elas.

Constatando-se a urgência na formulação de Políticas Públicas de Saúde que abrangessem de forma específica os povos indígenas, normas mais adequadas começam a ser editadas, merecendo destaque a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, em 1999<sup>149</sup> e a criação dos Distritos Especiais de Saúde Indígena. Somente a partir daí foi que as

---

<sup>146</sup> Adota-se nesse estudo o termo “povos indígenas”, por ser a terminologia adotada pela Convenção n° 169 da Organização Internacional do Trabalho – OIT, sobre os Povos Indígenas e Tribais e que foi acolhida em nosso sistema jurídico através do Decreto Presidencial n° 5.051, de 19 de abril de 2004.

<sup>147</sup> SHIRAIISHI NETO, Joaquim. **Leis do babaçu livre: práticas jurídicas das quebradeiras de coco babaçu e normas correlatas**. Manaus: PPGSCA-UFAM/Fundação Ford, 2006. p. 13-14.

<sup>148</sup> Art. 196, da Constituição Federal de 1988 – “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

<sup>149</sup> Muito embora um mês antes da edição da Lei n° 9.836 de 23/09/1999, que acrescentou os Artigos 19-A ao 19-G, a Lei n° 8.080/90, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tenha sido editado o Decreto n° 3.156, de 27/08/1999, que fazia disposições sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, tendo como órgão executor a FUNASA, já prevendo a instituição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, e de certa forma respeitando suas especificidades étnicas e culturais.

ações e serviços de saúde voltados para o atendimento dos povos indígenas ganharam novo rumo.

Até então, embora o Sistema Único de Saúde não excluísse os povos indígenas dos serviços de atenção à saúde, inexistia uma política que abarcasse as especificidades e atendesse a diversidade desse grupo, o que comprometia o acesso adequado às ações de saúde. O exercício da cidadania e a garantia das diretrizes estabelecidas na Constituição de 1988, no que diz respeito ao atendimento de saúde diferenciado aos povos indígenas, sem uma política específica, acabavam não se efetivando.

## CAPÍTULO III – POVOS INDÍGENAS, ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO E PARTICIPAÇÃO POPULAR

### 3.1 Especificidades étnico-culturais e direitos diferenciados

Constitucionalmente, o Brasil reconheceu a composição pluralista de sua sociedade nacional, cuja diversidade étnica e cultural está entre uma das maiores do mundo. As sociedades indígenas fazem parte dessa diversidade, sendo que entre as várias etnias, existe também, grande diversidade cultural. As sociedades indígenas são muito diferentes entre si e, normalmente, essas diferenças podem ser explicadas, em grande parte, como decorrência de particularidades étnicas e/ou culturais.

É preciso afastar, de vez, a tendência em reduzir todos os povos indígenas a um só grupo, o dos índios, em oposição ao grupo dos não-índios, como se, por serem diferentes dos não-índios, fossem todos iguais entre si. E, como resultado dessa pretensa igualdade, merecessem, a partir daí, tratamento único, padronizado, que coloca de lado as diferenças que têm uns em relação aos outros.

De acordo com Luiza Garnelo, Macedo e Brandão (2003, p. 31), apoiando-se em dados do Sistema de Informação à Saúde Indígena – SISAI, que vem sendo implantado<sup>150</sup>, estas sociedades são compostas da seguinte forma:

- Base populacional de 411.000 indivíduos, distribuídos em 3.225 aldeias, pertencentes a 215 etnias e falantes de 180 línguas, distribuídas em 30 famílias lingüísticas.

<sup>150</sup> O Sistema de Informação à Saúde indígena – SISAI vem sendo implantado pela Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. Cf. GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luis Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

- Distribuição regional da população indígena: 49% na região Norte, 23% no Nordeste, 17% no Centro Oeste, 9% no Sul e 2% no Sudoeste (SIASI/FUNASA)<sup>151</sup>.

Já segundo os dados do Instituto Socioambiental – ISA (2001/2005)<sup>152</sup>, há 225 povos indígenas no Brasil, que somam uma população de 600 mil pessoas e, desse total, cerca de 480 mil vivem em Terras Indígenas e em áreas urbanas próximas, enquanto que nas capitais do país estima-se que vivam cerca de 120 mil pessoas pertencentes a estes povos.

As diferenças étnicas e culturais entre os indivíduos e povos só os torna merecedores de respeito mútuo, afinal, ninguém pode afirmar-se superior aos demais, nem admitir-se inferior. A Declaração de Duban (2001) reafirma “que a diversidade cultural é valioso patrimônio para o avanço e bem-estar da humanidade como um todo, e que deve ser valorizada, desfrutada, genuinamente aceita e adotada como característica permanente que enriquece nossa sociedade<sup>153</sup>”.

O reconhecimento constitucional de que nossa sociedade é plural, fundada na diversidade étnica e cultural entre as próprias comunidades indígenas, levou ao reconhecimento do chamado direito à diferença. Tal direito gera a possibilidade de se ter políticas específicas direcionadas a essa parcela da comunidade, levando-se em conta as suas peculiaridades étnico-culturais e, conseqüentemente, o respeito às diversidades dessa categoria.

No Brasil, veremos que a Constituição de 1988, reconheceu aos povos indígenas direitos territoriais, culturais e à auto-determinação. O direito sobre suas terras esteve presente

---

<sup>151</sup> GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luis Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 31-32. Cf. Luiza Garnelo e outros (2003, p. 29), no Brasil, as principais fontes de informação demográfica são oriundas da FUNAI e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE.

<sup>152</sup> **Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005**/ [editores gerais Beto Ricardo e Fany Ricardo]. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. p. 17.

<sup>153</sup> Declaração de Duban, de 31 de agosto a 08 de setembro de 2001. < <http://www.ipp-uerj.net/olped/documentos/1693.pdf>>. Acesso em 10 de agosto de 2008.



em constituições anteriores (embora de forma diferenciada, em cada uma das que trataram do assunto). Dessa forma, podemos considerar como novos direitos, tratados por esta, os referentes à diversidade étnico-cultural e a auto-determinação, ou seja, o direito à diferença. (COLAÇO, 2003, p. 83)<sup>154</sup>.

O Estado deve garantir o direito à igualdade, que implica o direito à diferença. Os direitos comuns de cidadania, promulgados pelo Estado, devem incluir o direito à diferença de culturas que o compõem, ou seja, com respeito à pluralidade das comunidades que o constituem. (SOUZA FILHO, 2006, p. 71-195)<sup>155</sup>.

Para Carlos Frederico Marés de Souza Filho (2006, p. 107)<sup>156</sup>,

[...] A Constituição de 1988 reconhece aos índios o direito, de manter-se como índio, com sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições. [...]. Esta concepção é nova, e juridicamente revolucionária, porque rompe com a repetida visão integracionista. A partir de 5 de outubro de 1988, o índio, no Brasil, têm direito de ser índio.

Como resultado das lutas e reivindicações em Fóruns Nacionais e Internacionais, começou a surgir na legislação interna normas que levam em consideração as especificidades culturais dos povos indígenas, dentre as quais merece destaque o Art. 231 da Constituição Federal Brasileira, que assim dispõe: “São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições [...]”<sup>157</sup>.

---

<sup>154</sup> COLAÇO, Thaís Luzia. **Os “novos” direitos indígenas**. In: WOLKMER, Antônio Carlos; LEITE, José Rubens Morato. Os “novos” direitos no Brasil: natureza e perspectivas: uma visão básica das novas conflituosidades jurídicas. São Paulo: Saraiva, 2003.

<sup>155</sup> SOUZA FILHO, Carlos Frederico Marés de. **O renascer dos povos indígenas para o direito**. Curitiba: Juruá, 2006.

<sup>156</sup> Op. cit.

<sup>157</sup> Art. 231 da Constituição Federal de 1988.

Apesar da previsão constitucional, Thais Luzia Colaço (2003, p. 96)<sup>158</sup> chama a atenção para a dificuldade em se garantir os “novos” direitos à auto-determinação e à diversidade cultural dos povos indígenas. Isso porque ainda persiste em diversos setores da sociedade a idéia da existência de uma única cultura nacional<sup>159</sup>, da qual resulta a noção da igualdade formal de direitos para todos, independentemente das diferenças existentes.

### 3.2 Modos de ser, fazer e viver dos povos indígenas e sua proteção jurídica

Independentemente das dificuldades de concretização dos “novos direitos”, deve-se comemorar o fato de que, pela primeira vez na história constitucional brasileira, uma constituição consagrou um capítulo inteiro e específico à proteção dos direitos indígenas. A Constituição Federal de 1988, no Título VIII – Da Ordem Social, no Capítulo VIII – Dos Índios, nos Artigos 231 e 232 e seus parágrafos. Chamada de “Constituição Cidadã<sup>160</sup>”, “Constituição dirigente<sup>161</sup>” é vista como um marco no processo de redemocratização política no Brasil e entendida, por uma grande maioria de estudiosos, dentre eles Flávia Piovesan (2007, p. 24-25), como “o documento mais abrangente e pormenorizado sobre os direitos

---

<sup>158</sup> **Os “novos” direitos indígenas.** In: WOLKMER, Antônio Carlos; LEITE, José Rubens Morato. Os “novos” direitos no Brasil: natureza e perspectivas: uma visão básica das novas conflituosidades jurídicas. São Paulo: Saraiva, 2003.

<sup>159</sup> Fato que pode ser exemplificado na designação de uma língua como oficial, a portuguesa, quando dentre os povos indígenas temos no mínimo 180 línguas diferentes.

<sup>160</sup> De acordo com Helder Girão Barreto (2006, p. 103), “a Constituição Federal de 1988, rotulada de ‘Cidadã’, [...]. Nascida sob o signo da esperança, tratou de afirmar logo no seu preâmbulo o compromisso com ‘valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos’, Constituição de um Estado que tem entre seus fundamentos ‘a dignidade da pessoa humana’ e objetivos ‘construir uma sociedade livre, justa e solidária [...]sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação’”. **Direitos indígenas: vetores constitucionais.** 1ª ed., 4ª tir. Curitiba: Juruá, 2006.

<sup>161</sup> A respeito do assunto, posiciona-se Sebastião Botto de Barros Tojal (2003, p. 22), a “Constituição dirigente” traduziu-se num texto que objetiva a mudança social, indo além, por conseguinte, de representar um simples elenco de ‘instrumentos de governo’ haja vista a enunciação de fins, metas, programas a serem perseguidos pelo Estado e pela sociedade. **A Constituição dirigente e o direito regulatório do Estado Social: o direito sanitário.** In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito sanitário e saúde pública. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

humanos jamais adotados no Brasil [...] estando dentre as Constituições mais avançadas do mundo<sup>162</sup>”.

Quando a Constituição Federal de 1988 reconheceu aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários<sup>163</sup> sobre as terras que tradicionalmente ocupam, impondo ao Estado o dever de demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens (*Caput* do Art. 231) afastou definitivamente a perspectiva assimilacionista ou integracionista, o “paradigma da integração”, até então vigente, adotando uma nova perspectiva, qual seja, o “paradigma da interação<sup>164</sup>”, assegurando aos índios o direito à diferença e não mais fazendo nenhuma menção ao estatuto da tutela<sup>165</sup> anteriormente vigente. Desta forma, reconheceu-lhes direitos permanentes e coletivos, dentre os quais:

- Reconhecimento de sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições;
- Direitos originários e imprescindíveis (à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e sua reprodução física e cultural) sobre as terras que tradicionalmente ocupam, consideradas inalienáveis e indisponíveis, e os direitos sobre elas, imprescritíveis;
- Posse permanente sobre essas terras, tradicionalmente ocupadas, com garantia do usufruto exclusivo de suas riquezas (solo, rios e lagos);
- O uso de suas línguas maternas e dos processos próprios de aprendizagem<sup>166</sup>;

<sup>162</sup> PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito internacional**. 7ª ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2007.

<sup>163</sup> Cf. Carlos Frederico Marés (2006, p. 124-129) direitos originários são “os direitos dos índios sobre suas terras, que possuíam como “primários e naturais senhores delas”, o direito originário dos povos indígenas sobre as terras que possuíam faltava ser proclamado, a Constituição Federal de 1988 o fez. **O renascer dos povos indígenas para o direito**. Curitiba: Juruá, 2006.

<sup>164</sup> Helder Girão Barreto (2006, p. 104). **Direitos indígenas: vetores constitucionais**. 1ª ed., 4ª tir. Curitiba: Juruá, 2006. Mais sobre o assunto, ler SOUZA FILHO, Carlos Frederico Marés de. **O renascer dos povos indígenas para o direito**. Curitiba: Juruá, 2006. p. 115-117.

<sup>165</sup> Conforme o disposto no Art. 232, da Constituição Federal de 1988, “Os índios, suas comunidades e organizações são parte legítima para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo”.

<sup>166</sup> Sobre o assunto ver a Constituição Federal de 1988, Art. 205, Art. 206, inciso III, Art. 210, § 2º, bem como o Decreto n° 26, de 04 de fevereiro de 1991, sobre Educação Indígena no Brasil.

- Proteção e valorização das manifestações culturais indígenas, que passaram a integrar o patrimônio cultural brasileiro<sup>167</sup>.

Sobre a proteção constitucional dos povos indígenas, vale à pena citar o posicionamento de Fernando Antônio de Carvalho Dantas (2003, p. 495-497)<sup>168</sup>:

A Constituição Federal de 1988 dedicou todo um capítulo aos povos indígenas, desdobrando temas cruciais em relação ao reconhecimento das pessoas e suas sociedades, o direito à diversidade cultural, o direito à terra e aos recursos naturais, com implicações de ordem pública em razão de sua natureza jurídica, reconhecendo, por último, legitimidade processual às comunidades indígenas.

[...].

O Art. 231 da Constituição dispõe que são reconhecidos, aos índios, sua organização social, seus costumes, línguas, crenças e tradições, assim como os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente habitam, e, ao mesmo tempo, encarrega a União do dever de proteger e fazer respeitar todos os bens desses povos, bem assim o de demarcar suas terras, o que configura uma atuação positiva do Estado.

[...].

Além do reconhecimento da diversidade (Art. 231 integrado ao Art. 216, inciso II), o ponto marcante que compõe o dispositivo está configurado na vinculação dos índios à organização social de seu povo. Por organização social, entenda-se não uma pessoa jurídica nos moldes do direito público ou privado, mas todo o complexo de representações simbólicas relacionadas à atividade social de um povo. [...].

O complexo de unidades sociais que compõem a organização social inclui as relações políticas de poder, a religião, o direito, o território, as regras de parentesco, enfim, todo o aparato conceitual que determina as práticas sociais. Assim, ao reconhecer os índios, no plural, e suas correlativas organizações sociais, a Constituição está reconhecendo todo o conjunto de representações coletivas e práticas sociais delas decorrentes.

É preciso lembrar que, como bem ensina Helder Girão Barreto (2006, p. 100)<sup>169</sup> a Constituição Federal de 1988 não elencou exhaustivamente o conteúdo dos direitos indígenas, no capítulo a eles destinado, apenas sinalizou o que denominou “conteúdo mínimo”. Demais

<sup>167</sup> Consultar Art. 215, § 1º, § 3º, inciso V e Art.216, da Constituição Federal de 1988.

<sup>168</sup> **Humanismo latino: o Estado brasileiro e a questão indígena.** In: MEZZARROBA, Orides (org.). Humanismo latino e o estado no Brasil. Florianópolis: Fundação Boiteux: [Treviso]: Fondazione Cassamarca, 2003.

<sup>169</sup> **Direitos indígenas: vetores constitucionais.** 1ª ed., 4ª tir. Curitiba: Juruá, 2006.

direitos previstos na Constituição para todos cidadãos brasileiros<sup>170</sup> devem ser aplicados e estendidos aos povos indígenas, afinal a sociedade nacional brasileira é plural.

O importante é considerar que os modos de ser, fazer e viver dos povos indígenas receberam proteção jurídica especial, positivada através da Constituição Federal de 1988, como resultado do processo democrático que está na base de nosso Estado Social consagrando direitos indígenas como múltiplos e diferenciados, que assim devem ser vistos e interpretados, sempre que tal especificidade exigir um tratamento diferenciado(DANTAS, 2003, p. 499)<sup>171</sup>.

### 3.3 Os espaços essenciais para a vida indígena

Uma das peculiaridades relativas aos povos indígenas diz respeito à relação diferenciada que mantêm com a terra. Ocupam-na de forma coletiva, a posse da terra é de toda a comunidade. A Constituição Federal de 1988 reconhece essa posse coletiva e o significado que os povos indígenas dão ao território. A inalienabilidade e indisponibilidade das mesmas lhes garantem o usufruto exclusivo, conseqüentemente, bem-estar e qualidade de vida, contanto que haja a devida demarcação<sup>172</sup>.

A Constituição Federal de 1988 reconheceu aos índios especificamente a sua organização social, seus costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente<sup>173</sup> ocupam, cabendo a União o dever-poder de demarcá-las, de

---

<sup>170</sup> Preceitua a Constituição Federal de 1988, no *Caput* de Art. 5º, que: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, [...]”.

<sup>171</sup> **Humanismo latino: o Estado brasileiro e a questão indígena.** In: MEZZARROBA, Ordes (org.). Humanismo latino e o estado no Brasil. Florianópolis: Fundação Boiteux: [Treviso]: Fondazione Cassamarca, 2003.

<sup>172</sup> Preceitua a Constituição Federal de 1988, no Art. 67, do Ato das Disposições Transitórias, que: “A União concluirá a demarcação das terras indígenas no prazo de 05 anos a partir da promulgação da Constituição.” Passados quase 10 anos ainda nos deparamos com problemas relativos a demarcação de terras indígenas, exemplo disso é a demarcação das Terras Indígenas definidas como Raposa Serra do Sol, em Roraima.

<sup>173</sup> De acordo com Art. 231, §1º, da Constituição Federal de 1988, terras tradicionalmente ocupadas pelos índios são aquelas por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições. A propósito das dificuldades jurídicas em entender a abrangência do significado de terras tradicionalmente ocupadas e de sua efetivação, ver ALMEIDA,

proteger e fazer respeitar todos estes bens (*Caput* do Art. 231). Muito embora este trabalho tenha como objetivo primordial abordar os direitos indígenas<sup>174</sup> relativos à saúde, necessário se faz mencionar os direitos referentes ao espaço territorial em que os mesmos podem viver de acordo com seus costumes e tradições. A terra acaba se tornando um espaço de sobrevivência física e cultural desses povos, na medida em que dela dependem para viver suas relações sociais em comunidade, suas crenças e tradições.

Do exposto, verifica-se que a questão indígena está intimamente ligada ao direito desses povos à terra<sup>175</sup> e a exploração dos seus recursos naturais.

Sensível a essa temática, a Constituição Federal de 1988 delimitou juridicamente o que são terras indígenas, caracterizando-as como espaço essencial para a vida dos povos indígenas. Antes dela, a primeira Constituição que mencionou os espaços onde habitavam os povos indígenas, garantindo-lhes a posse e proibindo sua alienação, foi a Constituição de

---

Alfredo Wagner Berno de. **Terras de quilombo, terras indígenas, “babaçuais livres”, “castanhais” do povo, faxinais e fundos de pasto: terras tradicionalmente ocupadas**. Manaus: PPGSCA-UFAM, 2006, p. 21-55.

<sup>174</sup> De acordo com a lição de Ana Valéria N. Araújo Leitão (1993, p. 231), “cabe esclarecer aqui que, ao tratamos de direitos indígenas, fazemos referência ao direito que o Estado brasileiro reconhece aos índios – também tido como direito indigenista, e não ao direito dos índios dos índios propriamente dito, este já compreendido como conjunto de normas próprias que regulam a conduta de cada povo indígena no Brasil”. **Direitos Culturais dos Povos Indígenas**. In: SANTILLI, Juliana (coord.). Os direitos indígenas e a constituição. Porto Alegre: NDI: Fabris, 1993. Para outros autores, como Roberto Lemos dos Santos Filho (2008, p. 13), a que se fazer a distinção entre os dois termos, os direitos indigenista e os direitos indígenas, o mesmo faz menção em seu trabalho sobre a “a existência do direito indigenista nos planos nacional e internacional, isto é, a existência de um sistema positivo de normas postas em favor dos índios, relacionado aos índios e suas comunidades, que não se confunde com o direito indígena, pois que não produzido pelos próprios índios, no interior de suas organizações, de acordo com seus costumes, para regular suas relações internas”. **Apontamentos sobre direitos indigenistas**. 1ª ed. 4ª tir. Curitiba: Juruá, 2008.

<sup>175</sup> De acordo com Helder Girão Barreto (2006, p.105), “Historicamente, os direitos indígenas estiveram vinculados à questão da posse da terra”. **Direitos indígenas: vetores constitucionais**. 1ª ed., 4ª tir. Curitiba: Juruá, 2006. Ainda, de acordo com o autor, antes da Constituição Federal de 1988, que, como nenhuma outra, tratou com tal profundidade e extensão os ‘direitos indígenas’, e nenhuma outra foi tão favorável a eles, tais direitos reconhecidos eram basicamente restritos ao direito de posse sobre a terra, isto é, estritamente de natureza civil; a partir da Constituição Federal de 1988, houve uma significativa ampliação desses direitos, sobretudo como consequência do reconhecimento de sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições e da legitimidade processual para sua garantia e efetivação. Continua o autor, “Percebe-se, assim, visivelmente a profundidade e extensão das mudanças, tudo pelo caminho democrático do processo constituinte. Permitimo-nos, assim, reiterar nosso ponto de vista no sentido de que a Constituição Federal de 1988, pelo menos quanto aos ‘direitos indígenas’, representou uma verdadeira mudança de paradigma.” E finaliza, “[...] não vislumbramos que a Constituição Federal de 1988 tenha elencado exaustivamente o conteúdo dos direitos indígenas, mas apenas sinalizou o que poderíamos denominar de ‘conteúdo mínimo’, ou seja, todos aqueles direitos que decoram direta ou indiretamente do reconhecimento e da proteção da ‘organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras (Art. 231, *caput*) dos índios, suas organizações”. Op. cit., p. 100.

1934<sup>176</sup>. E, em 1973, em resposta a várias denúncias feitas à comunidade internacional sobre extermínios de populações indígenas em território nacional, foi editada a Lei n° 6.001/1973, o Estatuto do Índio. O estatuto destinou um título inteiro para tratar das terras indígenas e nas disposições gerais delimitou o prazo de cinco anos para a demarcação das terras indígenas ainda não demarcadas. O prazo terminou e os conflitos que surgiram desde então em territórios indígenas são predominantemente conflitos de terras, resultantes da não demarcação, configurando-se a omissão do Poder Público.

Sobreveio a Constituição Federal de 1988, que voltou a delimitar o prazo de cinco anos para que a União concluísse a referida demarcação de terras indígenas. O prazo expirou, mais uma vez, e a referida demanda dos povos indígenas não foi concluída, por falta de definição política do Poder Público sobre o assunto. Do que podemos concluir que somente uma legislação razoável não resolve e nem assegura a efetividade de direitos e a demandas deles originadas no intuito de sua efetivação. Vale destacar que a demarcação constitui, ainda, um importante instrumento de proteção ao meio ambiente, pois a forma como tradicionalmente os povos indígenas exploram suas terras assegura abundância e fartura. Além disso, como acima mencionado, há uma relação intrínseca entre o ambiente onde esses povos são, fazem e vivem suas relações sociais em comunidades e a sua sobrevivência. A terra ou o espaço territorial onde desenvolvem suas atividades cotidianas e relações familiares de sustento, onde exercitam suas culturas, costumes e tradições, seja através de atividades corriqueiras de subsistência física (caça, pesca, extrativismo vegetal), cultural (confeção de cerâmicas e adornos, realização de festas e rituais) e/ou espiritual, seja de atividades curativas

---

<sup>176</sup> Sobre o assunto, direitos indígenas nas Constituições anteriores a 1988, ler COLAÇO, Thaís Luzia. **Os “novos” direitos indígenas**. In: WOLKMER, Antônio Carlos; LEITE, José Rubens Morato. Os “novos” direitos no Brasil: natureza e perspectivas: uma visão básica das novas conflituosidades jurídicas. São Paulo: Saraiva, 2003. p. 85; DANTAS, Fernando Antônio de Carvalho. **Humanismo latino: o Estado brasileiro e a questão indígena**. In: MEZZARROBA, Orides (org.). Humanismo latino e o estado no Brasil. Florianópolis: Fundação Boiteux: [Treviso]: Fondazione Cassamarca, 2003. p. 492; BARRETO, Helder Girão. **Direitos indígenas: vetores constitucionais**. 1ª ed., 4ª tir. Curitiba: Juruá, 2006. p. 142 e SANTOS FILHO, Roberto Lemos dos. **Apontamentos sobre direitos indigenistas**. 1ª ed. 4ª tir. Curitiba: Juruá, 2008. p. 40.

(saúde e ambiente para esses povos estão interligadas), é sempre intensa a sua ligação com a terra e o seu território.

De fato, para os povos indígenas, a garantia da posse da terra extrapola a subsistência propriamente dita, representando elo fundamental na continuidade sociocultural (COIMBRA JÚNIOR e SANTOS, 2003, p. 21)<sup>177</sup>.

Os povos indígenas se relacionam intimamente com a terra, ocupam-na e utilizam-na para suas atividades produtivas de forma coletiva, retirando dela sua subsistência com a devida preservação dos recursos ambientais, gerando bem-estar a toda comunidade. A terra é, ainda, considerada santuário onde constroem sua história, manifestam suas crenças, vivenciam suas tradições, exercitam suas línguas e garantem sua reprodução física e cultural.

O que fica em evidência é que, mesmo com a existência de variadas etnias e culturas entres os povos indígenas, a propriedade privada para esses povos, quando existe, fica restrita a alguns bens de uso pessoal e/ou em alguns casos, de forma eventual ao resultado de seu trabalho individual, nunca recai sobre suas terras, que são coletivas. Segundo Carlos Frederico Marés (2003, p. 49-50)<sup>178</sup>,

A terra sempre foi um bem coletivo, generosamente oferecido pelos antepassados que descobriram seus segredos e legado necessário aos herdeiros que o perpetuariam. A repartição haveria de ser dos frutos da terra, de tal forma que não faltasse ao necessitado nem sobejasse ao indivíduo. [...]. Não havia necessidade de Estado nem teorias sobre propriedade privada, nem instrumentos que justificassem seu exercício, nem que os garantisse. Ao não haver um era escusada a existência do outro.

[...]. Cada povo entendia seu território segundo suas cosmovisão e cultura e embora houvesse enfrentamentos e disputas, as populações viviam em razoável harmonia.

Devido a essa relação harmônica dos povos indígenas com a natureza, os espaços territoriais por eles ocupados encontram-se, em termos de condições ambientais, via de regra,

---

<sup>177</sup> SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JÚNIOR, Carlos Eduardo A. **Cenários e tendências da saúde e a epidemiologia dos povos indígenas no Brasil**. In: COIMBRA JÚNIOR, Carlos Eduardo A. (org.). *Epidemiologia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/ABRASCO, 2003.

<sup>178</sup> **A Função social da terra**. Porto Alegre: Safe, 2003.



preservados. No que se refere à saúde, o equilíbrio das condições ambientais nas terras indígenas é fator de crescente importância para garantia de uma atenção integral à saúde dos povos indígenas. O desequilíbrio advém da ocupação do entorno das terras indígenas e a sua intermitente invasão, desmatamento, queimadas, assoreamento e poluição dos mananciais de água, que têm afetado a disponibilidade de água limpa, da pesca e da caça de animais silvestres que compõem a alimentação tradicional dos povos indígenas<sup>179</sup>.

De acordo com Enrique Leff (2001, p. 96-103)<sup>180</sup>, “A degradação ambiental está diretamente associada à deterioração das condições sociais nas quais se produzem e propagam novas epidemias e doenças da pobreza, como, por exemplo, a cólera, que estavam praticamente erradicadas”. Situação que atinge em cheio as populações indígenas que sempre foram mais expostas a essas mazelas do que os não-índios.

Os povos indígenas necessitam sim, de suas terras, que já habitam em caráter permanente e tradicionalmente de geração a geração. Essas terras, onde praticam suas atividades produtivas, imprescindíveis e necessárias a sua reprodução física e cultural, devem ter seus recursos ambientais protegidos para que, resultando em bem-estar para toda comunidade, reverta-se também, em qualidade de vida para os mesmos.

Para Enrique Leff (2001, p. 96-103),

[...] a qualidade de vida toma sentido próprio dentro das condições de desenvolvimento de diferentes culturas que definem seus estilos de vida, suas normas de consumo, seus gostos, desejos e aspirações.

[...].

Os elementos que definem o que seja qualidade de vida, já que engloba valores culturais, estilos de vida, formas de consumo, não nos permitem generalizar as necessidades sociais, nem sequer por estratos sociais, principalmente num país como o nosso, de grande diversidade sociocultural. A qualidade de vida é um processo que engloba satisfação de necessidades básicas como alimentação, saúde, trabalho, moradia, educação, vestuário, lazer e participação, isso tudo em função de valores pessoais de cada indivíduo e mesmo de cada comunidade envolvida na definição desse conceito social de qualidade de vida. Não é um conceito estático, sofre alterações dependendo do tempo e do espaço geopolítico em que está sendo elaborado.

[...]

<sup>179</sup>< <http://www.funasa.gov.br/sitefunasa/ind> >. Acesso em 31 de outubro de 2007.

<sup>180</sup> LEFF, Enrique. **Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p. 96-103.

Uma questão importante para a análise da qualidade de vida é a percepção, pelo próprio sujeito, de suas condições de existência<sup>181</sup>.

Para que as terras indígenas, como espaços essenciais na garantia do bem-estar com qualidade de vida aos povos indígenas possam ser usufruídas pelos mesmos, a demarcação se faz necessária. A delimitação de um espaço territorial demarcado é necessária não apenas pelos povos indígenas em si, que em sua compreensão já são deles originalmente e tradicionalmente seus possuidores. A demarcação é muito mais para que os não-índios não as depredem, desmatando, poluindo e exercendo as demais formas de degradação ambiental, do que, como foi dito, para os povos indígenas.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que é dever da União demarcá-las e protegê-las. Estabeleceu, ainda, um prazo de cinco anos, para que a mesma concluísse a demarcação das terras indígenas (Art. 231 da Constituição e Art. 67 das Disposições Transitórias).

Contudo, de acordo com Helder Girão Barreto (2006, p. 106)<sup>182</sup>,

A demarcação das terras indígenas é fonte de polêmicas e disputas judiciais<sup>183</sup> e doutrinárias intermináveis, sobretudo fíncadas na definição da natureza – declaratória ou constitutiva – daquela atividade administrativa. Há, também, fatores ideológicos que não podem ser olvidados. Certo é que, a cada nova tentativa de demarcação, o reconhecimento dos direitos indígenas é empurrado ainda mais para o campo da litigiosidade.

Ocorre que, como procuramos demonstrar, caso não se lhes assegure o direito as suas terras, aos seus territórios, os demais direitos, via de regra, não lhes serão garantidos nem se efetivarão. Segundo José Afonso da Silva (2006, p. 867)<sup>184</sup>:

---

<sup>181</sup> LEFF, Enrique. **Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p. 96-103.

<sup>182</sup> **Direitos indígenas: vetores constitucionais**. 1ª ed., 4ª tir. Curitiba: Juruá, 2006.

<sup>183</sup> Exemplo recente é a questão da demarcação da Terra Indígena Raposa Serra do Sol, no Estado de Roraima,

<sup>184</sup> **Comentário contextual à constituição**. 2ª ed. São Paulo: Editores Malheiros, 2006.

A questão da terra transformara-se no ponto central dos direitos constitucionais dos índios, pois para eles ela tem valor de sobrevivência física e cultural. Não se ampararão seus direitos se não se lhes assegurar a posse permanente e a riqueza das terras por eles tradicionalmente ocupadas [...].

Por outro lado, adverte Helder Girão Barreto (2006, p. 106)<sup>185</sup>,

Que o problema da terra seja o “ponto central” da questão indígena concordamos, desde que a partir daí não se extraia a conclusão de que é a questão essencial e única. Com efeito, de que serviria garantir a terra sem que fosse garantida a vida em sua compreensão mais ampla, e não apenas, mas também, no sentido biológico?

Ora, a garantia da terra, legalmente demarcada, é condição essencial para assegurar a sobrevivência, física e cultural, das diversas etnias que compõem o complexo conjunto dos povos indígenas. E que, por não ter, a União, conseguido no tempo preestabelecido pela Constituição Federal de 1988, concluir referida demarcação continua esta, nos dias atuais, sendo uma das maiores demanda desses povos.

### 3.4 Os instrumentos de participação democrática e as demandas indígenas

De acordo com o modelo constitucional instaurado a partir de 1988, os índios deixaram de ser tratados como uma categoria em estágio transitório de civilidade. Os índios não necessitam evoluir para integrar-se a sociedade nacional, eles já o são naturalmente componentes dela. Se, historicamente as relações entre o Estado brasileiro e os índios, diante da legislação pátria, foi sempre uma relação de exploração, onde não havia nenhuma preocupação real em garantir-lhes direitos, a partir da Constituição Federal de 1988, isso mudou. Conforme Marés Carlos Frederico (1993, p. 66)<sup>186</sup>:

---

<sup>185</sup> **Direitos indígenas: vetores constitucionais.** 1ª ed., 4ª tir. Curitiba: Juruá, 2006.

<sup>186</sup> SOUZA FILHO, Carlos Frederico Marés. **Espaços ambientais protegidos e unidades de conservação.** Curitiba: Editora Universitária Champagnat, 1993.

A Constituição de 1988 inaugurou, assim, uma nova era nas relações entre os índios e o Estado brasileiro: antes toda política e legislação do Estado tinha o sentido de integração, hoje a direção da nova ordem jurídica é no sentido de reconhecer a existência de populações diferenciadas social e culturalmente e garantir-lhes a sobrevivência. A perspectiva do direito brasileiro a partir de 1988 é de que os povos indígenas se manterão indefinitivamente como povos diferenciados da comunidade nacional, embora a integrem.

A partir dessa nova relação entre os povos indígenas e a comunidade nacional, houve um novo posicionamento do Estado, fruto das demandas inseridas na Constituição, toda a legislação que venha a ser instituída deve estar em conformidade com a perspectiva do reconhecimento e respeito de sua diversidade étnico-cultural e, principalmente, o direito a sua auto-organização.

Portanto, com esse princípio norteador de respeito ao direito à diferença, foram sendo editados novos instrumentos de participação dos povos indígenas, nos diversos fóruns de discussão de políticas públicas a eles dirigidas. Os Conselhos de Direito<sup>187</sup>, nas várias esferas governamentais têm, especificamente, contado com a participação dos povos indígenas.

O direito à participação da comunidade nacional, como um todo, na administração do Estado em todas as fases, desde a formulação, supervisão, execução e avaliação de suas atividades, foi assegurado a todos, portanto, aos índios também. Não é porque a Constituição Federal de 1988 dedicou artigos específicos para tratar dos direitos indígenas, que demais direitos e garantias, explicitados na Carta Magna, não lhes são aplicáveis, afinal eles compõem a sociedade nacional.

De acordo com o atual modelo de Estado Democrático e Social de Direito, a democracia representativa deve coexistir com a chamada democracia participativa (conforme

---

<sup>187</sup> Cf. Patrícia Helena Massa-Arzabe (2003, p. 33), “Há, entretanto, uma nova instância relativamente recente e pouco estudada de elaboração de políticas públicas, cujo perfil representa uma redefinição da democracia representativa e uma aplicação sem precedentes dos direitos políticos. São os conselhos de direito, também denominados conselhos de políticas ou conselhos gestores de políticas setoriais. Os conselhos são órgãos colegiados, permanentes, deliberativos, incumbidos, de modo geral, da formulação, supervisão e avaliação das políticas públicas, em âmbito federal, estadual e municipal”. **Conselhos de direito e formulação de políticas públicas**. In: BUCCI, Maria Paula Dallari. Direitos Humanos e Políticas Públicas. São Paulo: Polis, 2001.

o artigo 1º da Constituição Federal) exigindo a participação popular na elaboração de políticas públicas, incluindo-se aí os povos indígenas.

Aos índios, os instrumentos de participação também foram garantidos, permitindo que, com isso, passem a exercer de forma mais adequada a sua cidadania. Exemplo desses instrumentos participativos são os Conselhos de Saúde (do qual falaremos mais adiante), de Educação, Meio Ambiente, dentre outros.

A participação dos povos indígenas tem estado em evidência não só nos conselhos de direito como também em Audiências Públicas, Encontros e Fóruns nacionais e internacionais, espaços onde os mesmos aproveitam para reivindicar e assim dar mais visibilidade às suas demandas específicas.

A demanda dos povos indígenas encarada como a primordial e que, de certa forma, é norteadora das demais, como mencionado acima, é a reivindicação por demarcação de suas terras. Trata-se de direito originário, reconhecido constitucionalmente, mas ainda efetivamente não garantido. Sem suas terras demarcadas, demais demandas pela saúde, saneamento, educação, preservação ambiental e cultural não se efetivarão, não serão alcançadas.

A demarcação das terras indígenas traz a possibilidade da garantia e efetivação dos demais direitos que lhes são atribuídos e reconhecidos. O objetivo da demarcação não é mais o de isolá-los, de torná-los invisíveis, como anteriormente. A demarcação objetiva dar subsídio físico e geográfico para lhes garantir os modos de ser, fazer e viver como índio dentro de suas especificidades étnicas e culturais, de forma que possam ser reconhecidos e respeitados, como diferentes que são.

Afinal a terra indígena é muito mais que um recurso natural, é um recurso sociocultural, é condição fundamental para que sobrevivam, física e culturalmente as várias etnias existentes no mosaico étnico-cultural do país. Nas palavras de Carlos Frederico Marés

(1993, p. 66)<sup>188</sup>, “Terra indígena é uma unidade de conservação cultural não necessariamente ambiental, já que sua finalidade é a preservação da vida de um povo”.

Ganha a demarcação e a posse de suas terras, para os povos indígenas, minorias étnicas que são, fundamental importância, na medida em que sua sobrevivência física e cultural fica a ela atrelada.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, compete à União além do procedimento de demarcação das terras indígenas, o dever de protegê-las e fazer respeitar todos os seus bens. Essa demanda dos povos indígenas, embora possua grande fundamento legal, ainda não foi concretizada.

Interessante de se exemplificar como uma demanda que, dentro de seus limites formais e territoriais, conseguiu se efetivar foi a aprovação da Lei Municipal da Oficialização de Línguas Indígenas em São Gabriel da Cachoeira-AM. Foram editadas duas leis municipais, a primeira a Lei n° 145, de 11 de dezembro de 2002, que dispõe sobre a co-oficialização das Línguas Nheêgatu, Tukano e Baniwa à Língua Portuguesa no município de São Gabriel da Cachoeira, estado do Amazonas, Brasil; a segunda Lei n° 210, de 31 de outubro de 2006, que dispõe sobre a regulamentação da primeira.

Sobre o assunto Joaquim Shiraishi Neto (2007, p. 72-73)<sup>189</sup>,

Acesa a discussão em torno do pluralismo como valor fundamental de uma Constituição democrática, tem-se observado uma preocupação dos interpretes do direito acerca da necessidade de se atentar para quem são e como se constituem os diversos sujeitos e grupos sociais do País. Os resultados desse procedimento apontam para uma construção de uma política de reconhecimento dos diversos grupos existentes, o que implica no reconhecimento formal de suas “práticas sociais”.

---

<sup>188</sup> SOUZA FILHO, Carlos Frederico Marés. **Espaços ambientais protegidos e unidades de conservação**. Curitiba: Editora Universitária Champagnat, 1993.

<sup>189</sup> SHIRAISHI NETO, Joaquim. **O Pluralismo como valor fundamental, a co-oficialização das línguas Nheêgatu, Tukano e Baniwa à Língua Portuguesa no município de São Gabriel da Cachoeira, Estado do Amazonas**. In: ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de (Org.). *Terra das línguas: Lei Municipal de Oficialização de Línguas Indígenas*. São Gabriel da Cachoeira, Amazonas. Manaus: PPGSCA-UFAM/FUND. FORD, 2007.

É neste contexto que deve ser compreendida a Lei Municipal nº 145, de 11 de dezembro de 2002, que “dispõe sobre a co-oficialização das Línguas Nheêgatu, Tukano e Baniwa à Língua Portuguesa no município de São Gabriel da Cachoeira/Estado do Amazonas”.

Demais demandas indígenas passam a ser visíveis nos vários fóruns realizados, tanto internamente, no nível nacional quanto internacional e que contam com a presença e a participação da maioria desses povos.

Atualmente, na elaboração normativa, em todos os níveis da federação, a participação dos povos indígenas tem sido essencial, no sentido de dar visibilidades as suas demandas específicas. Não adianta garantir o direito à diferença se não for garantido o direito de se apontar, onde e como são diferentes, para que a política pública, que daí sobrevenha, traga nas suas diretrizes os instrumentos mais adequados à sua efetivação. A participação gera esse efeito de visibilizar demandas e apontar instrumentos mais eficazes.

Dentro desse contexto, tem surgido legislações nacionais específicas, na área da saúde (assunto do próximo item), da educação, proteção ambiental, proteção dos conhecimentos tradicionais de que seus povos são portadores. No âmbito internacional, podemos citar a Convenção 169, da Organização Internacional do Trabalho-OIT, reavaliando conceitos integracionistas da convenção anterior; a Convenção sobre a Diversidade Biológica, que reconhece a dependência dos recursos biológicos com os estilos de vida dos índios; a Convenção relativa a proteção do Patrimônio Mundial, Cultural e Natural; a Agenda 21, sobre desenvolvimento sustentável com qualidade de vida, a Carta da Terra elaborada na Conferência Mundial dos Povos Indígenas sobre Território, Meio Ambiente e desenvolvimento, na Rio-92, dentre outros. Todos esses instrumentos contêm parâmetros que devem servir de guia para a elaboração de políticas públicas.

Dentre os diversos Fóruns de debates, Encontros e Reuniões realizadas no âmbito Nacional, destacam-se os seguintes:

- Projeto de Lei n° 2.057/ 1991 institui o Estatuto das Sociedades Indígenas<sup>190</sup>;
- I Encontro Nacional dos Povos Indígenas em Luta pelo Reconhecimento Étnico e Territorial, Olinda-PE, Março/2003<sup>191</sup>;
- Fórum de Defesa dos Direitos Indígenas, 2004<sup>192</sup>;
- I Conferência Nacional dos Povos Indígenas dos Povos Indígenas, Brasília-DF, Abril/2006<sup>193</sup>.

O que se deve ter em mente é que se as demandas da sociedade nacional, como um todo, são muitas, imagine para os povos indígenas para os quais a invisibilidade foi regra por quase 500 anos.

De acordo com Joaquim Shiraishi Neto (2006, p. 14)<sup>194</sup>, a observação empírica das situações relativas aos processos de reconhecimento de direito desses povos e grupos sociais tem evidenciado dificuldades jurídicas operacionais, que têm sua origem na natureza das demandas, as quais, por sua vez, são múltiplas. Em tais processos, fica evidente que as tentativas de adequar as situações vivenciadas aos modelos jurídicos preexistentes são totalmente incompatíveis.

É por este motivo que as “novas situações” oriundas das demandas desses povos impõem a necessidade de se repensar os modelos jurídicos de modo que possam garantir a sua existência enquanto ente coletivo diferenciado, que não pode ser reduzido a simples soma de indivíduos singularmente considerados. Tem-se a impossibilidade de dissociar os indivíduos,

---

<sup>190</sup> **Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005/** [editores gerais Beto Ricardo e Fany Ricardo]. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. p. 80.

<sup>191</sup> Op. cit., p. 53.

<sup>192</sup> Op. cit., p. 79.

<sup>193</sup> Op. cit., p. 81.

<sup>194</sup> **Leis do babaçu livre: práticas jurídicas das quebradeiras de coco babaçu e normas correlatas.** Manaus: PPGSCA-UFAM/Fundação Ford, 2006.



uns dos outros, pois a existência de um está condicionada à do outro. (SHIRAISHI NETO, 2006, p. 15).<sup>195</sup>

## **CAPÍTULO IV – A CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS: O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA**

### 4.1 As Conferências Nacionais de Saúde Indígena como espaços de luta pelo direito à saúde

---

<sup>195</sup> SHIRAISHI NETO, Joaquim. **Leis do babaçu livre: práticas jurídicas das quebradeiras de coco babaçu e normas correlatas**. Manaus: PPGSCA-UFAM/Fundação Ford, 2006.

As Conferências de Saúde, como foi dito anteriormente, ocorrem, no âmbito nacional, a partir de 1941. As mesmas foram instituídas pelo então Presidente Getúlio Vargas, em 1937, mas sua ocorrência sistemática iniciou-se com realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde, em 1941. Tratava o assunto saúde de forma mais abrangente e, inicialmente, objetivando apenas uma maior integração entre o então Ministério da Educação e Saúde e os Estados brasileiros. Reservando-se a tratar de assuntos mais técnicos contava com a participação apenas do corpo técnico do Ministério e representantes dos Estados.

Progressivamente, as Conferências Nacionais de Saúde<sup>196</sup> foram tomando outros rumos. Um dos aspectos dessa mudança ocorreu a partir do desdobramento do Ministério da Educação e Saúde, em dois: o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura, em 1953<sup>197</sup>. Então, o Ministério da Saúde passou a tratar exclusivamente dos assuntos pertinentes à saúde, mas continuou a não ter muita autonomia, principalmente pela falta de uma destinação orçamentária específica<sup>198</sup>.

A maior mudança ocorreu, efetivamente, após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 com a inclusão do direito a saúde como fundamental/social de todo cidadão que compõe a sociedade brasileira e dever do Estado de prestá-lo e, conseqüentemente de uma previsão orçamentária específica, através da Constituição Federal de 1988. Tal conquista sendo resultante de reivindicações da reforma sanitária.

A inclusão do direito à saúde na Constituição Federal 1988, como um direito fundamental de caráter social e que deve ser prestado pelo Estado de forma a atingir a todos os brasileiros, ou seja, de forma universal, através de políticas sociais e econômicas fez com

---

<sup>196</sup> As conferências continuaram ocorrendo apenas no âmbito nacional, como visto, até 1986, quando ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Após a Constituição Federal de 1988, já a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, posterior, portanto as Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90), instituindo as conferências de saúde nos três níveis governamentais, passaram as mesmas a ocorrerem, inicialmente, nos níveis municipais e estaduais nos quais eram eleitos os representantes para participarem do encontro nacional.

<sup>197</sup> Através da Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1952. < <http://www.saude.gov.br/historia>>. Acesso em 05 de julho de 2008.

<sup>198</sup> Como visto anteriormente, os serviços de saúde e de assistência eram destinados apenas aos trabalhadores regularmente reconhecidos pelo Estado e que contribuíssem efetivamente para Previdência.

que a própria Constituição contivesse uma previsão orçamentária destinada a essas políticas, como forma de garantir que este direito fosse efetivado nos três níveis da federação.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, além de conseguir inserir as reivindicações da reforma sanitária na Constituição Federal, e indicar o Estado como o devedor desta prestação (ações e serviços de saúde), que devem chegar a todos os brasileiros, ou seja, universalização dos serviços conseguiu, ainda, chamar a atenção para a necessidade de se observar o pluralismo social na formação da nossa sociedade. O dever de prestar esse novo direito fundamental (de todo ser humano) social (prestado através de políticas sociais e econômicas) de forma diferenciada a pessoas e ou grupos de pessoas (formadoras da nossa sociedade plural), contemplou o caso específico dos povos indígenas, que necessitam desse tratamento diferenciado<sup>199</sup>. Foi o que ocorreu como resultado positivo e desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ainda no ano de 1986, foi realizado o primeiro encontro nacional com finalidade específica de discutir a política de saúde para a população indígena brasileira, nascendo, desse evento, um novo palco para discussão de assuntos relativos à saúde dessas populações.

Em seguida será feito um breve registro das quatro conferências realizadas no âmbito nacional, tecendo alguns comentários específicos referentes a cada uma delas<sup>200</sup>.

---

<sup>199</sup> Documentos Internacionais já indicavam aos estados nacionais o dever de tratar os povos indígenas de forma diferenciada. A época 1986, estava vigente a Convenção nº 107, da Organização Internacional do Trabalho editada em 05 de junho de 1957 e ratificada pelo Brasil apenas em 1966. Muito embora referida Convenção, ainda tivesse como política a integralização desses povos à comunidade nacional, ou seja, a política integracionista, também entendida pelo nosso Estatuto do Índio (Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973), já ia um pouco além e indicava que a legislação nacional deveria, na elaboração de suas normas internas, respeitarem os modos de vida e observar na determinação de suas diretrizes, a conformidade destas com as instituições sociais, culturais e econômicas desses povos. Respectiva Convenção foi posteriormente modificada e atualizada, através da Convenção nº 169, de 07 de junho de 1989 e ratificada pelo Brasil, através do Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004, que reformulou seus conceitos, principalmente no que diz respeito à política integracionista antes prevista e agora totalmente afastada. Convenção nº 107 da Organização Internacional do Trabalho. In: SUESS, Paulo. **Em defesa dos Povos indígenas Documentos e legislação**. Editora Loyola: São Paulo, 1980. p. 103-107.

<sup>200</sup> Os dados referentes às quatro conferências nacionais relativas aos povos indígenas têm como referência o Relatório Final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: Funasa, 2007. p. 51-62.

- 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio – CNSPI. Ocorreu em Brasília, ainda no ano de 1986, como um prolongamento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. É considerada o primeiro evento de caráter nacional e com legitimidade (pela sua composição e representatividade) para discutir políticas de saúde para os povos indígenas brasileiros. Ao final foi produzido um relatório, que registrou poucas diretrizes, como consequência da inicial falta de consenso entre o próprio movimento indigenista<sup>201</sup>.

A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio assim, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde, teve como base o novo conceito de saúde, o editado pela Organização Mundial de Saúde e já referido neste trabalho, que a define como o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente como ausência de doenças, trabalhou com alguns princípios específicos que entendeu como fundamentais para o trato com as respectivas populações dentre os quais se destacam: que a saúde desses povos seja definida em um espaço e em um tempo histórico determinado, levando em conta, ainda, a particularidade de seu contato com a sociedade nacional e de como ocupam seu território e adjacências; que se garanta a autonomia, na posse de seus territórios bem como o uso exclusivo de seus recursos naturais, levando-se em conta suas necessidades e especificidades culturais e étnicas; que lhes sejam assegurados à cidadania plena, bem como todos os demais direitos constitucionalmente previstos e que são fatores determinantes no estado de saúde desses povos; que o acesso às ações e serviços de saúde sejam dever do Estado e que o mesmo garanta ainda a participação direta desses povos extensivamente a todos os momentos, desde a decisão, formulação e planejamento das ações e serviços de saúde até a sua implementação, execução e avaliação<sup>202</sup>,

<sup>201</sup> Faz-se mister lembrar aqui que, a esta época cabia a Fundação Nacional do Índio - FUNAI, como órgão ligado ao Ministério do Interior, exercer toda e qualquer atividade relacionada aos povos indígenas, suas terras, seus bens, sua cultura e a tutela, então vigente pelo Estatuto do Índio e o próprio Código Civil. Cabia a referida fundação não só a proteção dos direitos indígenas, mas também, a promoção de alguns desses direitos dentre os quais um era a prestação de assistência médico-sanitária. BRASIL. Decreto nº 84.638, de 16 de abril de 1980, Art. 1º, inciso, modificado posteriormente pelo Decreto nº 564, de 08 de junho de 1992.

<sup>202</sup> Atente-se que esse princípio da participação, além de já ter indicativo, a nível internacional, para ser observado pelas políticas públicas sociais, dentre as quais as políticas de saúde, também, foi princípio indicado pela reforma sanitária, junto a 8ª Conferência Nacional de Saúde, para fazer parte do novo sistema de saúde a ser implementado, para toda Nação Brasileira, através do Sistema Único de Saúde - SUS: universalidade, integridade e participação da comunidade. Tais princípios e diretrizes como visto, após a Constituição Federal de

respeitando-se as especificidades étno-culturais, bem como a localização geográfica de cada um desses povos.

A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas foi mais a frente, pois, além de incorporar os princípios já indicados pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, para implementação do Sistema Único de Saúde, indicou meios mais adequados e aptos à efetivação do direito à saúde a ser prestado de forma diferenciada aos povos indígenas. Diante de sua multiplicidade, sua diversidade etnicocultural, especificidades históricas e/ou mesmo de localização geográfica e modos diferenciados de contato com a população nacional, indicava, ou mesmo recomendava como vetor base para construção de políticas públicas de saúde para os povos indígenas que<sup>203</sup>:

1. O gerenciamento dos serviços de saúde seja responsabilidade de um único órgão, propondo-se a criação de uma agência para tal fim, vinculada ao Ministério da Saúde, tendo por função coordenar um sistema de saúde para os índios, integrando-os ao sistema nacional (SUS), a partir da esfera regional. Tornando-se responsabilidade dessa agência a atenção primária<sup>204</sup> na esfera local e a formação de grupos multiprofissionais para estudar e propor ações para casos especiais (populações em vias de contato, de contato recente e outros casos).
2. O respeito e reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas nos cuidados com a saúde, as peculiaridades etnoculturais e a garantia da participação indígena, mediada por seus representantes, se darão no formular das políticas, planejamento, gestão, execução e avaliação, garantindo-se o direito de o doente internado ter acompanhantes.
3. Se garanta acesso universal das populações indígenas ao atendimento de qualidade, compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e dos

---

1988, passaram a ser conteúdo do Art. 198.

<sup>203</sup> Cf. Relatório da final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: FUNASA, 2007. p. 52-53.

<sup>204</sup> Corresponde, na nomenclatura da saúde, a Atenção Básica à saúde e definida através da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, com o seguinte conceito: Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. E desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Item 1, Capítulo I, Anexo da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

recursos tecnológicos existentes, incentivando convênios com entidades de pesquisa e ensino, definindo com as nações indígenas.

4. A política de recursos humanos, preconiza admissão de servidores por concurso; capacitação e atualização permanentes, de acordo com as necessidades locais, e a existência de um plano de cargos e salários, com a exigência do cumprimento de carga horária contratual e regime de dedicações exclusiva. Em relação aos povos indígenas, estimula a formação de pessoal em saúde das próprias comunidades, dos diversos níveis (agentes de saúde, auxiliares, enfermeiros; e outros) garantindo vagas nas universidades públicas<sup>205</sup> para pessoas indígenas.

Concluindo, a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, solicitava, ainda, a criação de um sistema de informações,<sup>206</sup> um sistema apto a coletar e processar de forma regular, dados para análise epidemiológica e que essas informações fossem repassadas regularmente e sistematicamente às lideranças Indígenas e às autoridades sanitárias. Por fim, e, como uma das mais contundentes indicações, foi que fosse o Ministério da Saúde, na esfera federal, indicado como o responsável direto quanto à saúde indígena. Isso porque consideravam estar a Fundação Nacional do Índio – FUNAI<sup>207</sup> impossibilitada de sozinha responder pela atenção à saúde indígena principalmente em âmbito local, que exigia um sistema diferenciado<sup>208</sup>.

---

<sup>205</sup> Sinalizando nesse sentido, no Município de Boa Vista capital do Estado de Roraima, a Universidade Federal de Roraima – UFRR, no ano de 2001, foi criado o Núcleo Insikiran de Formação Superior Indígena, instituído o Curso de Licenciatura Intercultural, que teve Projeto Pedagógico de curso aprovado em 2002. Outro exemplo, ainda no Estado de Roraima, foi à criação da Escola Técnica de Saúde do SUS, criada pela lei Estadual, Lei nº 433, de 07 de março de 2004. Instalada no Município de Boa Vista, é vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, tendo como objetivo final promover, elaborar e executar programas de formação, treinamento, aperfeiçoamento e profissionalização de pessoal para o setor saúde, nos diversos níveis: básico, técnico, pós-técnico e tecnológico. Tem entre os seus cursos de qualificação, o de Agente Indígena de Saúde.

<sup>206</sup> O direito a informação, informação esta que deve ser fidedigna, tanto no que se refere adados pessoais, como o de seu estado de saúde e/ou demais assuntos ligados a ações ou serviços de saúde. Tal acesso à informação visa que, posteriormente, possam discutir todos os assuntos e tomarem decisões. Direito este, constitucionalmente garantido a todos os brasileiros (Art. 5º, inciso XIV e XXXIII, da Constituição Federal de 1988), portanto, inclusive aos povos indígenas e suas comunidades.

<sup>207</sup> Até aquela data, 1986, a Fundação Nacional do Índio era o órgão designado para exercer, em nome da União, a tutela dos índios, de estabelecerem diretrizes e garantir o cumprimento de políticas dirigidas a esses povos, dentre elas a de promover a prestação de assistência médico-sanitária. A Fundação Nacional do Índio, até a data era órgão ligado ao Ministério do Interior (Art. 5, da Lei nº 5.371, de 05 de dezembro de 1967, que autoriza a instituição da Fundação Nacional do Índio. Referida Lei, extingue o Serviço de Proteção ao Índio – SPI bem como o Conselho Nacional de Proteção aos Índios – CNPI, cria a Fundação Nacional do Índio - FUNAI, hierarquicamente ligada a Ministério do Interior). Em 1998 passa a Fundação Nacional do Índio - FUNAI a fazer parte do Ministério da Justiça (Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998, em seu Art. 14, inciso XI, alínea c).

<sup>208</sup> Cf. Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: FUNASA, 2007. p. 53.

- 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas – CNSPI. Ocorreu no município de Luziânia, estado de Goiás, no ano de 1993, passados sete anos da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e um ano após a 9ª Conferência Nacional de Saúde, mas como consequência de reivindicações desta conferência. Referida conferência cobrava do Ministério da Saúde a continuidade do debate da Saúde Indígena em fórum especializado e representativo e iniciado em 1996, quando da ocorrência da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio.

Situando histórica e cronologicamente a ocorrência da 2ª Conferência Nacional, no ano de 1993, vejamos: a Constituição Federal já havia sido promulgada e o Sistema Único de Saúde – SUS, instituído pela mesma em 1988. Através da Lei Orgânica da Saúde: Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90, o Sistema Único de Saúde – SUS foi regulamentado em 1990. Ocorre que a saúde indígena não foi contemplada pelo novo sistema instituído da forma como deveria, ou seja, respeitando-se as especificidades étno-culturais desses povos, ou seja, seus modos de viver, ser e fazer diferenciados. Em 1991, dois anos antes da ocorrência da referida conferência, apenas foi criada junto ao Ministério da Saúde, e fazendo parte da Fundação Nacional de Saúde<sup>209</sup> uma Coordenação de Saúde do Índio – COSAI<sup>210</sup>.

Enquanto não ocorriam mudanças efetivas na implementação de serviços de saúde prestados às populações indígenas, algumas batalhas tinham que ser travadas no intuito de se superar as dificuldades. Conforme relatório final da 4ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio<sup>211</sup>.

Foi sendo gestada pelo movimento indigenista e indígena, uma proposta de Modelo de Atenção Diferenciada organizou-se, então, de forma autônoma, diferentemente do comando antes exercido pela Funai. Este modelo, teria como base os distritos

---

<sup>209</sup> Até a presente data, 1991, continuava sob a responsabilidade da Fundação Nacional do Índio - FUNAI a prestação dos serviços de saúde.

<sup>210</sup> Cf. Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Op. cit., p. 54.

<sup>211</sup> In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: FUNASA, 2007. p. 54.

sanitários especiais indígenas. Foi criado então o Distrito Sanitário Yanomâmi, pelo Decreto nº 23/1991.

De acordo com Garnelo, Macedo e Brandão (2003, p. 40)<sup>212</sup>,

No início da década de 90, três decretos presidenciais retiraram da Funai [sic] várias de suas funções assistenciais, entre as quais a de saúde. O decreto nº 23/1991 repassou a responsabilidade sanitária sobre as populações indígenas para o Ministério da Saúde<sup>213</sup>, que adotou a organização de sistemas locais de saúde, denominados Distritos Sanitários Especiais Indígenas<sup>214</sup>, como base do modelo assistencial dirigido à população aldeada. No período, o único formalmente criado foi o Distrito Sanitário Yanomâmi, localizado no Estado de Roraima, região Norte do País, tendo os outros povos permanecidos sem uma oferta organizada de serviços.

A Coordenação de Saúde do Índio, hierarquicamente ligada ao Ministério da Saúde, através da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, patrocinou o I Fórum de Saúde do Índio, criando os Núcleos Intersetoriais de Saúde Indígena – NISI, de caráter interinstitucional para coordenar regionalmente a integração dos serviços de saúde<sup>215</sup>.

Nesse mesmo período, 1991, como resultado das grandes mudanças constitucionais em relação aos direitos indígenas, foi elaborado um projeto de um novo Estatuto das Sociedades Indígenas (Projeto de Lei nº 2.057, de 09 de novembro de 1991), que, até a

<sup>212</sup> GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organiza Pan-Americano da Saúde, 2003.

<sup>213</sup> Esta passagem para o Ministério da Saúde já era resultada das reivindicações feitas na 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas, em 1986.

<sup>214</sup> Segundo Mendes 1989, 1994 (apud Garnelo, Mendes e Brandão, 2003, p. 40), “Distrito Sanitário é um tipo de Sistema Local de Saúde, orientado para um espaço geográfico, populacional e administrativo bem delimitadas, que contempla um conjunto de atividades técnicas, que visam prover 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. Pressupõe ainda a criação de instâncias colegiadas com atribuição de coordenação do conjunto de estabelecimentos e ações de saúde contidos no espaço distrital. O controle social do Distrito é garantido pela participação paritária dos usuários e prestadores de serviços nesses colegiados deliberativos (conselhos) distritais. No caso dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, a sua organização deve levar em consideração as especificidades culturais da clientela, o tamanho da população adscrita [sic] nas áreas indígenas sob sua responsabilidade e a capacidade instalada da rede local”. GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organiza Pan-Americano da Saúde, 2003.

<sup>215</sup> Cf. Relatório Final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: FUNASA, 2007. p.54.



presente data, ainda não foi aprovado pelo Congresso Nacional. Referindo-se a citado Projeto de Lei, Helder Girão Barreto (2006, p. 34)<sup>216</sup> posiciona-se,

Extraíu-se da justificativa que o Projeto esta em sintonia com os “novos parâmetros da relação entre índios e o direito brasileiro”, para mais adiante esclarecer que as definições propostas coadunam-se com a “antropologia contemporânea, a qual elimina critérios raciais, inaceitáveis, e realça a continuidade histórica e a auto-identificação como definidoras da etnia”. No sentido desses “novos parâmetros”, índio é aquele que se considera (auto-identificação) e é considerado (hetero-identificação) “diferente” dos demais indivíduos que compõem a sociedade envolvente.

Parece-nos visível que entre o atual Estatuto do Índio e o projeto de Estatuto das Sociedades Indígenas há uma mudança de foco: ali, o índio e, por extensão suas comunidades e organizações são tratadas a partir de uma perspectiva de inferioridade, acolá, a partir de uma perspectiva de diferença.

Em 1992, o Conselho Nacional de Saúde, já funcionando no novo formato, instituído pela Lei nº 8.142/90, dando início as suas atividades, cria a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio – CISI<sup>217</sup>, que passava a representar o movimento indigenista sanitário (dentro do Conselho Nacional), com objetivo maior de lutar pela inclusão dos povos indígenas no Sistema Único de Saúde<sup>218</sup>.

Portanto, é dentro desse contexto e dos citados antecedentes, que ocorre a 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Como dito anteriormente, teve sua convocação indicada e decidida na 9ª Conferência Nacional de Saúde.

Buscou consolidar o processo político deflagrado na 1ª Conferência de Saúde Indígena, definindo princípios e diretrizes do Modelo de Atenção Diferenciado para saúde do

<sup>216</sup> BARRETO, Helder Girão. **Direitos indígenas: vetores constitucionais**. 1º ed., 4º tir.. Curitiba: Juruá, 2006.

<sup>217</sup> A Comissão Intersetorial de Saúde do Índio - CISI criada junto ao Conselho Nacional de Saúde - CNS, foi constituída pelas seguintes organizações: Conselho Indígena de Roraima, Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, Associação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas e Espírito Santo, União das Nações Indígenas do Acre, Conselho Indigenista Missionário, Associação Brasileira de Antropologia, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Paulista de Medicina, Universidade do Amazonas, Fundação Nacional do Índio, Coordenação Nacional de Saúde Indígena, da Funasa. Cf. Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: FUNASA, 2007. p. 54-55.

<sup>218</sup> Cf. Relatório Final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Op. cit., p. 54.

índio e que determinava que a forma de acesso dos cidadãos indígenas ao Sistema Único de Saúde – SUS dar-se-ia através dos distritos sanitários especiais indígenas<sup>219</sup>.

A 2ª Conferência foi mais além, reiterou a recusa na municipalização<sup>220</sup> direta dos serviços de saúde indígena e recomendou a manutenção do Ministério da Saúde como responsável pela atenção sanitária aos povos indígenas.

Como objetivo da 2ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio estavam a definição de diretrizes para a política nacional e a atualização das recomendações da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (afinal já haviam se passado sete anos e os avanços não eram muitos), conforme o processo de consolidação do SUS. Entre os princípios gerais foram eleitos os seguintes: garantia da preservação das terras indígenas e de seus recursos naturais; o direito de cidadania à saúde, como dever do Estado, mediante políticas públicas econômicas e sociais, descentralização<sup>221</sup>, universalização, equidade e participação da comunidade (os mesmos aplicados ao Sistema Único de Saúde - SUS), a serem garantidos a todos os povos indígenas, o que exigia que a definição desses serviços fossem viabilizados através de políticas públicas setoriais, levando-se em consideração as especificidades étnicas e culturais, e até mesmo a localização geográfica dessas populações<sup>222</sup>.

---

<sup>219</sup> Cf. Relatório Final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: FUNASA, 2007. p. 55.

<sup>220</sup> Cf. Garnelo, Macedo e Brandão (2003, p. 83-85), a recusa quanto a municipalização dos serviços justifica-se principalmente pela dificuldade encontrada pelos povos indígenas, através de seus representantes, nos Conselhos Locais e Distritais, de exercerem o controle social, mínimo e adequado, que a situação requer. GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organiza Pan-Americano da Saúde, 2003.

<sup>221</sup> Cf. Relatório Final do 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: FUNASA, 2007. p. 57. O princípio de descentralização, que no SUS se dá pela municipalização, no caso das populações indígenas seria conformado segundo preceitos constitucionais, definidores da responsabilidade da União na sua assistência, devendo ser de âmbito federal, considerando-se o processo saúde-doença dos povos indígenas como resultado de determinantes sócio-econômicos e culturais (preservação dos sistemas médicos tradicionais, integridade territorial, enfim, da cultura como um todo). A autodeterminação política definiria a forma da assistência medico-sanitária. Para tanto, a formação dos trabalhadores em saúde indígena deveria erradicar posturas etnocêntricas e tecnocráticas dos servidores de saúde em todos os níveis, favorecendo o conhecimento e o respeito às medicinas tradicionais. Registrou-se a vigência de orçamento da saúde indígena ser baseado em estudo das necessidades de cada grupo indígena.

<sup>222</sup> Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: FUNASA, 2007. p. 56-57.

O Modelo assistencial dos povos indígenas ficou definido como um subsistema do SUS, coordenado por órgão do Ministério da Saúde<sup>223</sup>, com níveis de gerência nacional, regional e distrital (local) com autonomia de gestão (sanitária, administrativa e financeira). O Subsistema consideraria a realidade local e as particularidades de cultura indígena, pautando-se por um Modelo com abordagem diferenciada de saneamento, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras e integração institucional. Foi considerada fundamental a descentralização, para garantir a participação indígena nas tomadas de decisão como direito desta população<sup>224</sup>.

Concluindo, o Relatório da 2ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, aprovou 29 (vinte e nove) moções, inclusive de repúdio à violência, corrupção e invasões de áreas indígenas por garimpeiros, madeireiros, fazendeiros e grupos tidos como uma ameaça ao meio ambiente e a saúde dos povos indígenas. Tomando como base, referido relatório final, o deputado Sérgio Arouca elaborou projeto de lei e apresentou ao Congresso Nacional, PL nº 63/1997<sup>225</sup>, no qual indicava as diretrizes do Modelo Assistencial diferenciado para os povos indígenas, a serem viabilizados via subsistema de saúde indígena, mas como parte

---

<sup>223</sup> A esta época, 1993, estava vigente o Decreto Presidencial nº 23/1991, que designava ser a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA o órgão do Ministério da Saúde que coordenava e executava as ações e serviços de saúde para esses povos. Havia grande disputa entre Fundação Nacional do Índio - FUNAI, ligada até então ao Ministério do Interior e a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, fruto da edição do Decreto nº 23/1991. A Fundação Nacional do Índio - FUNAI, sem verbas e impossibilitada de contratar pessoal dado a edição do Regime Jurídico Único, achava-se sem recursos para capacitação do pessoal já existente no quadro, conservação de equipamentos, bem como, de suprir o deslocamento das Equipes Volantes de Saúde, até então base do modelo de assistência aos povos indígenas. Por sua vez a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, possuía quadro de efetivos experientes no lidar com a diversidade cultural desses povos e no momento oferecia condições para a participação de indígenas nos seus quadros e em suas políticas locais. Além de contar com recursos financeiros e equipamentos, embora algumas das características de sua estrutura dificultasse o impacto de suas ações de saúde das populações indígenas. Destacam-se: 1) a estrutura verticalizada, absorvida, quando da integração em 1991, pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, da Fundação Serviços de Saúde Pública (que seguia o modelo hospitalar urbanizado) e da Superintendência de Campanhas (de tradição campanhista, agia prioritariamente no âmbito preventivo rural); 2) Existia defasagem de pessoal a nível local, resultado da municipalização do SUS, foram repassados aos municípios tanto estruturas físicas como de pessoal, o que agravou a situação. Relatório Final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente - GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: FUNASA, 2007. p. 55-56.

<sup>224</sup> Somente em 1999, sob a forma de Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, conhecida como Lei Arouca que acrescenta dispositivos a Lei nº 8.080/90, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, as comunidades indígenas viram o resultado de suas lutas se concretizando.

<sup>225</sup> Referido Projeto de Lei nº 63/1997, é aprovado, dois anos depois, como a Lei nº 9.836, de 23/09/1999, nomeada de Lei Arouca, em homenagem ao deputado Sérgio Arouca que a propôs.

integrante do Sistema Único de Saúde - SUS, e implementado através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas<sup>226</sup>.

- 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Novamente o local escolhido para sua realização foi o Município de Luziânia, no Estado de Goiás, no período de 14 a 18 de maio de 2001, ou seja, passados sete anos da realização da 2ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e um ano e oito meses da edição da Lei Arouca (Lei nº 9.836/1999), que instituiu o subsistema de Atenção à Saúde Indígena e da edição da Portaria nº 852/1999, que criou os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Teve como objetivo analisar e avaliar os obstáculos e possíveis avanços do Sistema Único de Saúde na implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, recentemente criados (Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1991) e propor diretrizes e caminhos para efetivação do acesso, com qualidade e humanização na atenção à saúde indígena com efetivo controle social.

O tema escolhido aparece como um desdobramento do tema debatido na 11ª Conferência Nacional, a precedeu: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena com controle social<sup>227</sup>.

Antecedendo a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, foram realizadas as etapas preparatórias, em observância a Lei 8.142/1990, com discussões locais, nas comunidades e nos Distritos (aqui equivalendo aos níveis, municipal – local e estadual-Distrital). Os debates envolveram cerca de 7.500 (sete mil e quinhentos) pessoas, incluindo representantes diretos de 168 aldeias. As propostas dessas etapas irão ajudar na etapa nacional. A Fundação Nacional de Saúde, como órgão executor do Ministério da Saúde responsável pela saúde indígena, financiou a realização das etapas anteriores ao encontro nacional<sup>228</sup>.

---

<sup>226</sup> Cf. Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: FUNASA, 2007. p. 60.

<sup>227</sup> Cf. Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Op. cit., mesma página.

<sup>228</sup> < <http://www.funasa.gov.br/noticias>>. Acesso em 24 de julho de 2008.

Para organização do encontro a nível nacional, o Conselho Nacional, do qual fizeram parte, representantes governamentais como a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, Fundação Nacional do Índio – FUNAI, do Ministério da Saúde; e de Organizações Indígenas como a Comissão e Articulação dos Povos e Organização Indígena do Brasil – Capoib; Comissão Intersetorial de Saúde do Índio – Cisi/CNS, do Conselho Indigenista Missionário – Cimi, e outras entidade que atuam em áreas indígenas como o Instituto Sócio-ambiental - ISA, a Pastoral da Criança, representando a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB e do Fórum Nacional de Trabalhadores em Saúde<sup>229</sup>.

Participaram da 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, cerca de 1.000 (hum mil) pessoas, entre delegados (eleitos nas etapas anteriores, conselhos distritais e locais), conselheiros do Conselho Nacional de Saúde, expositores e facilitadores de trabalho de grupos e convidados. Material de divulgação foi distribuído entre os Distritos Sanitários Indígenas e a programação e outros documentos referentes à conferência foram distribuídos nas pastas dos conferencistas<sup>230</sup>.

Utilizando-se do temas propostos, foram proferidas palestras, trabalhos de grupos, de onde se originaram relatórios parciais, que, submetidos a uma primeira aprovação, seriam levados para posterior aprovação na Plenária Final. Os temas foram assim designados<sup>231</sup>:

1. Modelo de Gestão e organização de serviços – parcerias e articulação com o Sistema Único de Saúde.
2. Vigilância em saúde
3. Estratégias de prevenção controle das doenças sexualmente transmissíveis, da síndrome de imunodeficiência adquirida – DST/AIDS e do alcoolismo: direitos humanos e ética nas intervenções.
4. Fortalecimento do Controle Social.
5. Agentes Indígenas de Saúde: formação, reconhecimento e inserção social.
6. Desenvolvimento de recursos humanos para atuação em culturas diferenciadas.
7. A hipermedicação e as práticas tradicionais.
8. Ética em pesquisa, propriedade intelectual e patentes, envolvendo povos indígenas.

<sup>229</sup> Cf. Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: FUNASA, 2007. p. 60.

<sup>230</sup> Op. cit., p. 61.

<sup>231</sup> < <http://www.funasa.gov.br/noticias> >. Acesso em 24 de julho de 2008.

9. As comunidades indígenas e a produção e comercialização de alimentos: as novas necessidades.

Do resultado, da votação na Plenária Final, será a elaboração do relatório que servirá de orientação para as ações e serviços de saúde destinados aos povos indígenas no Sistema de Saúde Indígena durante os próximos anos.

Resumindo<sup>232</sup>:

O grande avanço da 3ª conferência foi [sic] a participação ativa das pessoas indígenas [sic], especialmente dos profissionais de saúde. Contribuiu para a expressão dentro dessa mudança qualitativa das conferências a existência de equipamentos de tradução simultânea.

O Relatório Final apresentou como princípios gerais: cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores e formas de vivenciar a saúde e a doença e as ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde devem considerar esses aspectos, ressaltando os contextos diversos e a relação de contacto interétnico [sic]. As ações de saúde devem priorizar a Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças. Garantir a demarcação, a desintração [sic] e a vigilância das terras indígenas. Urge uma política de segurança alimentar, desenvolvimento sustentável e recuperação do meio ambiente. Acesso dos indígenas à educação<sup>233</sup>, para formar consciência crítica sobre a situação atual. Proteção do patrimônio cultural e aproveitamento da diversidade biológica<sup>234</sup> para fortalecimento da auto-estima e afirmação da identidade étnica.

<sup>232</sup> Cf. Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: FUNASA, 2007. p. 61-62.

<sup>233</sup> A educação indígena prevista na Constituição Federal em seu, Art. 205 – “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”, foi garantida, mas quando analisada conjuntamente com o § 2º, Art. 210 – o ensino fundamental regular será ministrado em língua portuguesa, assegurada às comunidades indígenas também a utilização de suas línguas maternas e processos próprios de aprendizagens. Em decorrência desses fatores, e do que ficou reconhecido aos índios, constitucionalmente pelo Art. 231, Constituição Federal de 1988, quanto a sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, ou seja, seus modos de ser, fazer e viver, dentro os quais se encontram o ensino. Avaliando as previsões constitucionais, o governo federal, através do Presidente da República, atribuiu através do Decreto nº 26, de 04 de fevereiro de 1991, ao Ministério da Educação, a competência para coordenar as ações referentes à educação indígena, em todos os níveis e modalidades, ouvida o órgão responsável por essas ações que, até então, era a Fundação Nacional do Índio - FUNAI. O que resultou numa Portaria conjunta entre os Ministérios da Justiça e Ministério da Educação e Cultura – Portaria Interministerial MJ e MEC nº 559, de 16 de abril de 1991, que regulamentou e detalhou como esse processo se daria a nível dos povos indígenas, respeitando sempre suas características próprias e diferenciadas, e suas especificidades étnicas e culturais. Posteriormente novas normas infraconstitucionais foram sendo formulados para adequar às demandas dos povos indígenas a suas realidades sócio-culturais.

<sup>234</sup> Além de o Brasil ser signatário da Convenção sobre Diversidade Biológica assinada no Rio de Janeiro, em 05 de junho de 1992, através do Decreto nº 2.519, de 16 de março de 1998, que em seu Art. 8º, alínea j, preceitua que cada parte contratante deve, na medida do possível e conforme o caso: j) em conformidade com a legislação nacional, respeitar, preservar e manter o conhecimento, inovações e práticas das comunidades locais e populações indígenas com estilo de vida tradicionais relevantes à conservação e a utilização sustentável da diversidade biológica e incentivar sua mais ampla aplicação com a aprovação e a participação dos detentores desse conhecimento, inovações e práticas; e encorajar a repartição equitativa dos benefícios oriundos da utilização desse conhecimento, inovações e práticas; dentre outros artigos, tomando este apenas para exemplificar. Inteiramente a legislação infraconstitucional foi sendo elaborada neste sentido e podemos dar

Combate à discriminação e preconceito, promovendo a valorização da diversidade cultural, principalmente junto aos profissionais de saúde. As organizações indígenas têm importante papel na melhoria das condições devida da implantação do modelo de atenção à saúde. O controle social deve ser fortalecido, com abrangência intersetorial, por ser básico na implantação de uma política integral de saúde.

- 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena – CNSI, pela primeira vez obedecendo a periodicidade prevista para a ocorrência das conferências de saúde<sup>235</sup>, ocorreu no período de 27 a 31 de março de 2006, quatro anos após a 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Realizada no município de Rio Quente, estado de Goiás, foi convocada pela Portaria Ministerial nº 963, de 23 de julho de 2005<sup>236</sup>, foi considerada um prolongamento da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003<sup>237</sup>.

Foram realizadas, no entanto, antecedendo a etapa nacional, 206 (duzentos e seis) conferências locais de saúde, nas respectivas aldeias, com a participação de cerca de 12.000 (doze mil) pessoas em todo o país. Dando continuidade as conferências locais, foram realizadas, ainda, 34 (trinta e quatro)<sup>238</sup> conferências distritais, com cerca de 5.000 (cinco mil) participantes. Dessas conferências, foram encaminhadas à etapa nacional da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, 5.431 (cinco mil quatrocentos e trinta e uma) propostas, a serem discutidas para posterior encaminhamento a plenária nacional<sup>239</sup>.

Na etapa nacional, participaram 1.228 (hum mil duzentos e vinte e oito) pessoas, entre usuários, trabalhadores indígenas e não indígenas, gestores, prestadores de serviços, membros de comissões de trabalho, convidados nacionais e internacionais. Dentre o total de

---

como exemplo o Decreto nº 1.141, de 19 de maio de 1994, que dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas com as alterações posteriormente dadas pelo Decreto nº 3.799, de 19 de abril de 2001.

<sup>235</sup> A periodicidade para ocorrência das conferências de saúde foi designada pela Lei nº 8.142/1990, que devem realizar-se de quatro em quatro anos, de acordo com o § 1º, do Art. 1º, da referida lei.

<sup>236</sup> O prazo entre sua convocação e sua realização existe para que possam ser realizadas as conferências a nível local e nos respectivos Distritos Sanitários Especiais Indígenas em todo território nacional.

<sup>237</sup> Cf. Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: FUNASA, 2007. p. 15.

<sup>238</sup> Correspondentes aos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas instituídos pela Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999, localizados em todo território nacional.

<sup>239</sup> Cf. Relatório final da 4ª C Conferência Nacional de Saúde Indígena. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: FUNASA, 2007. p. 14.

participantes, 800 (oitocentos) eram delegados eleitos nas etapas anteriores, dos quais 52% (cinquenta e dois por cento) representantes dos usuários indígenas, 27% (vinte e sete por cento) dos trabalhadores e 21% (vinte e um por cento) dos gestores e prestadores de serviços<sup>240</sup>.

A 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena teve como tema central, para orientação de suas discussões e debates, nas distintas etapas de sua realização: “Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”. O tema foi dividido em 05 (cinco) eixos temáticos; 1. Direito à Saúde; 2. Controle Social e Gestão Participativa; 3. Desafios Indígenas Atuais; 4. Trabalhadores indígenas e não indígenas em Saúde; 5. Segurança Alimentar, Nutricional e Desenvolvimento Sustentável<sup>241</sup>.

Das 5.431 (cinco mil, quatrocentos e trinta e uma) propostas levadas às etapas locais e distritais, como citado anteriormente, foram aprovadas 536 (quinhentas e trinta e seis) propostas, para os encaminhamentos necessários rumo à consolidação de uma política pública de saúde das populações indígenas, mais eficaz e com o devido controle social<sup>242</sup>.

Analisando os resultados obtidos com as realizações das conferências nacionais, especificamente dirigidas à saúde dos povos indígenas, podemos notar que ao longo do tempo em que vêm ocorrendo, desde 1986 até a presente data, já se vão 28 (vinte e oito) anos, a crescente importância que as mesmas adquiriram. Respectivas conferências são verdadeiros espaços privilegiados para se discutir e lutar pelas demandas relativas ao direito à saúde desses povos.

A partir da regulamentação das conferências nacionais, pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, além da garantia de ocorrência dentro de uma periodicidade, ganhou a possibilidade, ou mesmo, a obrigatoriedade de ter que acontecer nos três níveis, no caso

---

<sup>240</sup> Op. cit., mesma página.

<sup>241</sup> Op. cit., p. 13.

<sup>242</sup> Op. cit., p. 14.



específico, dos povos indígenas, no nível local, distrital e nacional, além de contar com efetiva participação dos respectivos povos.

Podemos perceber também, que o envolvimento de todos, organizações indígenas, indigenista, governamentais e não-governamentais, prestadores de serviço, trabalhadores índios e não-índios e dos próprios usuários indígenas, têm feito das conferências de saúde, em todos os níveis, o maior evento na área da saúde, e de onde se originam as políticas econômicas e sociais, que devem dar origem a toda ação e serviço de saúde, nos moldes do novo sistema aprovado pela nossa Carta Magna de 1988 – O Sistema Único de Saúde. Instituição-organismo<sup>243</sup> que representa o Estado que tem o dever, constitucionalmente previsto, de tornar efetivo o direito à saúde, direito que é de todos – inclusive dos povos indígenas.

#### 4.2 O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: princípios, diretrizes, estrutura de funcionamento e mecanismos de execução

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é componente integrante do Sistema Único de Saúde – SUS<sup>244</sup> e foi criado após reivindicações e lutas travadas principalmente nos Fóruns e Conferências Nacionais de Saúde, mais especificamente nas 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Proteção à Saúde do Índio<sup>245</sup>. Nessa ocasião os Povos Indígenas e as Instituições que os representam, demonstraram sua insatisfação e reivindicaram mudanças nos padrões de atendimento e serviços de saúde a eles prestados até então pelo Sistema Único de Saúde.

---

<sup>243</sup> Cf. Fernando Aith (2007, p. 339-340), para que o Estado seja capaz de cumprir esse importante objetivo, a Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde, instituição-organismo de Direito Público que reúne os instrumentos necessários para que o Estado brasileiro desenvolva as atividades necessárias à garantia do Direito à Saúde no Brasil. **Curso de direito sanitário – a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Lantin, 2007.

<sup>244</sup> Art.19-B, acrescido pela Lei n° 9.836 de 23/09/1999, a Lei n° 8.080/90, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

<sup>245</sup> Realizadas, respectivamente, nos anos de 1986 e 1993.

Fruto dos debates originados nas 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Proteção à Saúde do Índio, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena tem sua base fortemente estabelecida no princípio da participação indígena extensiva a todos os momentos de decisão, formulação e planejamento das ações e serviços de saúde, na sua implementação, execução e avaliação<sup>246</sup>.

O Subsistema deve atender algumas condições, dentre as quais, destacam-se as que se seguem: considerar os conceitos próprios de saúde e doença elaborados pela respectiva população envolvida; ser construído coletivamente e ter como base um processo participativo de planejamento; possuir instâncias de controle social formalizado em todos os níveis de gestão.

Para entendermos em que circunstâncias foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, como parte integrante do Sistema Único de Saúde mister se faz uma análise cronológica da normatização nacional relativa a esses povos, mais especificamente às normas que versam a respeito da prestação de serviços de saúde direcionados às respectivas populações.

Vejamos a seqüência cronológica da legislação nacional que, no todo ou em parte, passaram a dedicar-se aos aspectos relativos à saúde dos povos indígenas.

Em 1967, o governo federal é autorizado a instituir a Fundação Nacional do Índio – FUNAI, através da Lei nº 5.371, de 05 de dezembro de 1967, que viria para substituir os então

---

<sup>246</sup> Cf. Relatório Final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente-GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: FUNASA, 2007, p. 51.

órgãos<sup>247</sup>: Serviços de Proteção ao Índio - SPI<sup>248</sup>, o Conselho Nacional de Proteção ao Índio – CNPI, e o Parque Nacional do Xingu – PNX, que, portanto, foram extintos<sup>249</sup>. O recém criado órgão, a Fundação Nacional do Índio, foi vinculado diretamente ao Ministério do Interior<sup>250</sup>. Dentre várias atribuições que lhes foram dadas estava a de promover a prestação da assistência médico-sanitária aos índios (Art. 1º, inciso IV da lei supracitada). Tal atribuição perdurou até 1991.

Em 1991, através do Decreto Presidencial nº 23, de 04 de fevereiro de 1991, passou para a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, órgão federal vinculado ao Ministério da Saúde, as atribuições relativas à prestação de serviços de saúde aos povos indígenas. Tal mudança já aparecia como reflexo das reivindicações feitas na 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que dentre outras atribuía ao Ministério da Saúde, na esfera Federal, a responsabilidade da Saúde Indígena<sup>251</sup>. Mas devido a dificuldades enfrentadas pela respectiva fundação, referido decreto foi revogado em 1994.

---

<sup>247</sup> Esses órgãos federais foram criados por necessidade de existir, junto a União, um ou mais órgãos federais que exercessem as atribuições dadas à União, constitucionalmente, relativas à proteção e prestação de assistência aos povos indígenas. Tal exigência provinha do nosso então vigente, Código Civil de 1916 (Lei nº 3.071, de 01 de janeiro de 1916), que entendia serem os índios pessoas relativamente incapazes a certos atos em sua vida em sociedade (Art. 6º, inciso III, referida Lei) e merecedores de serem tutelados pelo estado no caso específico à União. Tal tutela (de acordo com o parágrafo único do supra mencionado Art. 6º) cessaria à medida que o silvícola se adaptasse à civilização. À União (pela Constituição Federal de 1967, então vigente) cabia legislar sobre incorporação dos mesmos à comunidade nacional. Constituição de 1967 – “Art. 8º - Compete à União: [...] legislar sobre: [...]; o) incorporação dos silvícolas na Comunhão nacional”. Para saber mais sobre como as Constituições brasileiras trataram os direitos dos povos indígenas, já indicamos anteriormente a leitura de algumas obras, na página 86 do presente trabalho.

<sup>248</sup> O Serviço de Proteção ao Índio – SPI foi criado pelo Decreto nº 8.027, de 20 de junho de 1910, como resposta do governo brasileiro a acusações feitas publicamente durante um Congresso em Viena, de que índios brasileiros estavam sendo massacrados e exterminados motivados por expropriação de seus territórios. Cf. Roberto Lemos dos Santos Filho (2007, p. 34-36). **Apontamentos sobre o direito indigenista**. 1ª ed. 4ª tir. Curitiba: Juruá, 2008.

<sup>249</sup> De acordo com o Art. 1º, que cria a Fundação Nacional do Índio – FUNAI e Art. 6º, que extingue o Serviço de Proteção ao Índio – SPI; Conselho Nacional de Proteção ao Índio – CNP e o Parque Nacional do Xingu – PNX, ambos da supracitada lei.

<sup>250</sup> Cf. Art. 4º, § 2º, da Lei nº 5.371 de 05/12/1967.

<sup>251</sup> Cf. Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: FUNASA, 2007. p. 53., e GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme, BRANDÃO, Luiz Carlos. **Os povos Indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 40.

Em 1994, é editado o Decreto nº 1.141, de 19 de maio de 1994<sup>252</sup>, que dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde, e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas. Referido decreto devolve à Fundação Nacional do Índio a respectiva responsabilidade. Contrariando as reivindicações dos povos indígenas que, novamente, após a ocorrência da 2ª Conferência Nacional de Proteção de Saúde para os Povos Indígenas em 1993, recusava a municipalização direta dos serviços de saúde indígena e continuava indicando a União como responsável pelo referido serviço<sup>253</sup>, respectiva atribuição ficou a cargo da fundação até 1999.

Uma Medida Provisória nº 1.911-8, de 28 de julho de 1999, visou à implementação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e transferia a responsabilidade da gestão da saúde indígena exclusivamente para a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. De acordo com Esther Jean Langdon (2004, p. 40)<sup>254</sup>, a partir desse fato a Fundação Nacional de Saúde

[...] coordenou inúmeras reuniões nas diferentes regiões do país nos últimos seis meses de 1999, para informar os profissionais de saúde e os índios a respeito da criação dos Distritos Sanitários. Até o fim do ano, 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas foram organizados rapidamente sob sua orientação<sup>255</sup>.

Em 1999, o governo federal edita o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999<sup>256</sup>, que dispõe sobre as condições para prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, que designa a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, órgão federal vinculado ao Ministério da Saúde, indicado

<sup>252</sup> BRASIL. Decreto nº 1.141, de 19 de maio de 1994. In: Legislação indígena brasileira e normas correlatas. MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). 3ª ed. Brasília: FUNAI/DEDOC, 2005.

<sup>253</sup> Cf. Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. In: BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final. Brasília: FUNASA, 2007. p. 55-57

<sup>254</sup> LANGDON, Esther Jean. **Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre a antropologia e profissionais de saúde**. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (orgs.). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Contra Capa Livraria/ associação Brasileira de Antropologia: Rio de Janeiro, 2004.

<sup>255</sup> Através da Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999, da qual falaremos mais adiante.

<sup>256</sup> BRASIL. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indígena brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/DEDOC, 2005.

como executor das ações e serviços de saúde, destinados à promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio (Art. 3º, do referido decreto) e prescreve que tais serviços devem ser prestados progressivamente via Distritos Sanitários Especiais Indígenas (parágrafo único do Art. 2º, referido decreto).

O Decreto nº 3.156, de 27 de agosto 1999 que dispõe sobre as condições para prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Preceitua em seus artigos:

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

Parágrafo único. As ações e serviços de saúde prestados aos índios pela União não prejudicam as desenvolvidas pelos Municípios e Estados, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º [...].

Parágrafo único. A organização das atividades de atenção à saúde das populações indígenas dar-se-á no âmbito do Sistema Único de Saúde e efetivar-se-á, progressivamente, por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ficando assegurado os serviços de atendimento básico o âmbito das terras indígenas.

Art. 3º O Ministério da saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio<sup>257</sup>, cujas ações serão executadas pela Fundação Nacional de Saúde – FUNASA<sup>258</sup>.

No mesmo ano de 1999, menos de um mês depois da edição do Decreto nº 3.156/1999, o governo federal edita a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999.

Foi a partir da promulgação da Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, em seu Art. 1º, prevendo que a Lei Orgânica da Saúde – LOS, como é conhecida a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passava a vigorar com o acréscimo do Capítulo V – Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, ao TÍTULO II – DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, que o referido subsistema passa a existir como uma forma de se prestar serviços e assistência à saúde dos povos indígenas.

<sup>257</sup> Apenas em 2002, o Ministério da Saúde, através da Portaria MS nº 254, de 31 de janeiro de 2002, aprovou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

<sup>258</sup> Através da Portaria MS nº 1.163, de 14 de setembro de 1999, em seu art. 1º Determina que a execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas dar-se-á por intermédio da FUNASA,[...].

Tal legislação infraconstitucional foi de suma importância para esses povos pelo teor dos preceitos ali elencados. A seguir, será procedida sua análise.

Fica previsto que, todas as ações de saúde e atendimento das populações indígenas, de forma coletiva de individual, em todo território nacional obedecerão ao disposto nessa nova lei <sup>259</sup>.

Também fica a partir de então, instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente que se integra ao Sistema Único de Saúde - SUS e que deve funcionar em perfeita integração e harmonia com o mesmo <sup>260</sup>.

No entanto, designa a União como financiadora, através de recursos próprios, do novo Subsistema<sup>261</sup>, prevendo que os Estados, Municípios, bem como outras instituições governamentais ou não-governamentais poderiam atuar de forma complementar no custeio e mesmo na execução de referidas ações <sup>262</sup>.

Ao Sistema Único de Saúde <sup>263</sup>, destinou a responsabilidade de promover a articulação do Subsistema, ora instituído, com os órgãos responsáveis pela política indígena no Brasil, bem como de ser referência e servir de retaguarda para o novo Subsistema, devendo, portanto, providenciar adaptações na estrutura e organização do mesmo, prioritariamente nas regiões onde residem as populações indígenas, propiciando essa integração e atendimento, sem discriminação e em todos os níveis <sup>264</sup>.

Prevê, ainda, que o Sistema Único de Saúde deve garantir, em âmbito local, regional e de centros especializados, o acesso às populações indígenas, sempre respeitando as necessidades desses povos e abrangendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde <sup>265</sup>.

---

<sup>259</sup> Art. 19 – A, *caput*.

<sup>260</sup> Art. 19 - B

<sup>261</sup> Art. 19 - C

<sup>262</sup> Art. 19 - E

<sup>263</sup> Artigos. 19 – D e 19 G, §§ 2º e 3º.

<sup>264</sup> Art. 19 – G, § 2º.

<sup>265</sup> Art. 19 – G, § 3º.

Quanto ao funcionamento do Subsistema prescreve que deverá o mesmo levar em consideração as realidades locais, as especificidades de cada cultura e de cada povo envolvido e, quando da elaboração de modelos a serem implementados para atenção à saúde indígena, não devem deixar de considerar como norteador desses modelos uma abordagem diferenciada e global (no sentido de atingir todos os povos e etnias envolvidas). As ações e serviços de assistência à saúde devem contemplar, além de aspectos de proteção, promoção e assistência à saúde, as ações de saneamento básico, de meio ambiente, demarcação de terras indígenas, fatores relativos à nutrição, à habitação, à conservação do meio ambiente, à demarcação de terras indígenas, à educação sanitária e à interação nacional<sup>266</sup>.

O Subsistema, como componente integrante que é do SUS, deverá, como o mesmo, ser descentralizado, hierarquizado e regionalizado<sup>267</sup>. Já se faz a previsão da base desse Subsistema como sendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas<sup>268</sup> (que foram posteriormente criados pela Portaria da FUNASA de nº 852, de 30 de setembro de 1999)<sup>269</sup>.

Por fim, a referida legislação reconhece que as populações indígenas têm o direito de participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, a serem implementados a partir daí em suas comunidades<sup>270</sup> (reforçando o que já era previsto pela Lei 8.142 de 1990, sobre a participação da comunidade, o chamado controle social) nos Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

Como citado anteriormente a Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999, editada pela Fundação Nacional de Saúde cria os 34 (trinta e quatro) Distritos Sanitários Especiais

<sup>266</sup> Art. 19- F.

<sup>267</sup> Críticas são dirigidas à divisão e regionalização dos DSEI's, posto que algumas etnias que estão condensadas em mais de um ou dois Estados, levando-se em conta a divisão política dos estados brasileiros. Exemplo disto está em Roraima, no DSEI Ianomâmi AM/RR, que abrange o Estado de Roraima e do Amazonas, o que dificulta a prestação de referidos serviços.

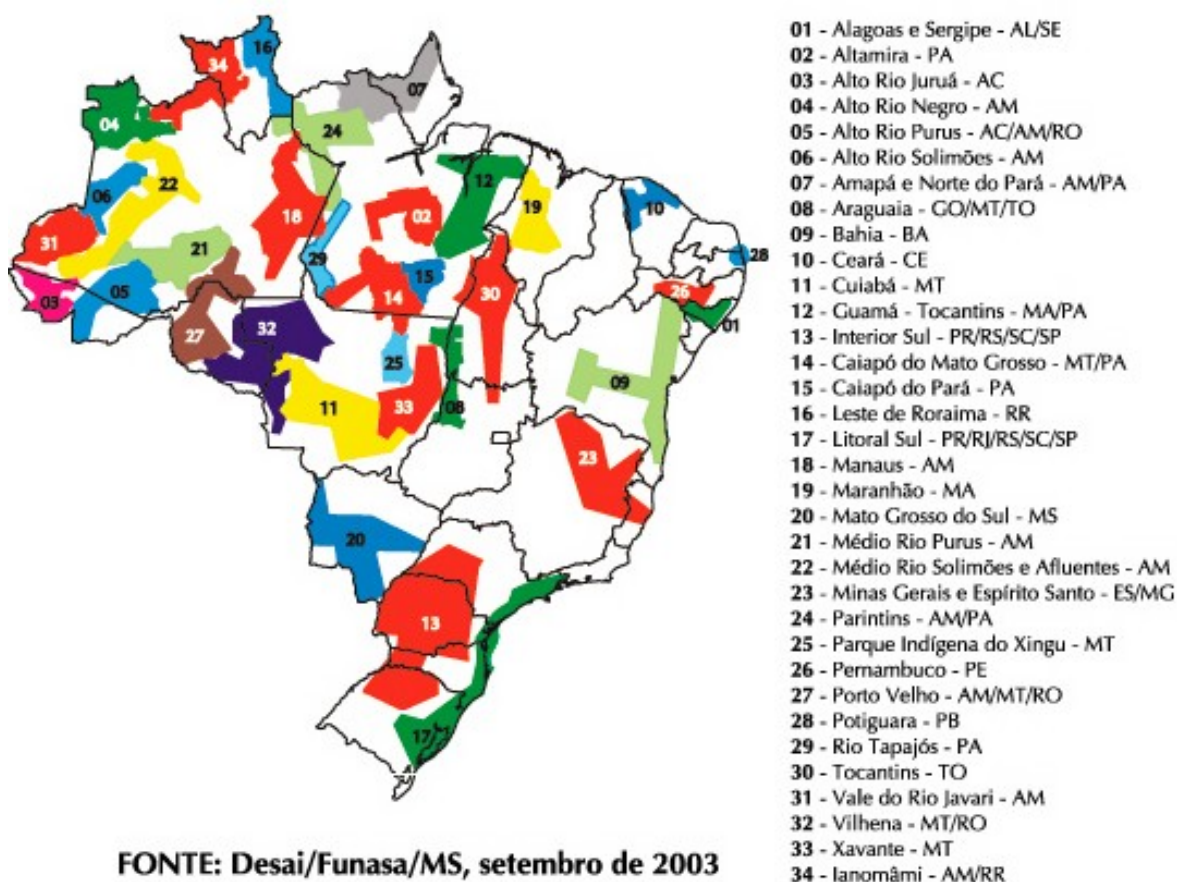
<sup>268</sup> Art. 19 - G. § 1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

<sup>269</sup> Acontece aqui, a retirada dessas funções, até então exercidas pela FUNAI, e a passagem através do Ministério da Saúde, para FUNASA, que assumiu a responsabilidade de estruturar o novo modelo de prestação e assistência a saúde para os povos indígenas. Medida Provisória nº 1.911-08, de 29 de julho de 1999.

<sup>270</sup> Art. 19- H e Art. 1º, I, § 2º e 4º da Lei nº 8.142/1990 e *caput* do Art. 1º da Portaria nº 2.656 de 17/10/2007.

Indígenas distribuídos em todo território nacional, os quais são organizados independentemente das divisões estaduais e municipais e variam significativamente em relação a tamanho e composição étnica, conforme podemos observar no mapa abaixo:

### DISTRITOS SANITÁRIOS



**FONTE: Desai/Funasa/MS, setembro de 2003**

**Mapa 01** - Brasil: 34 DSEI, com base em critérios etnoculturais, geográficos, político-administrativos.

A questão da assistência à saúde relativa aos povos indígenas passa por muitas dificuldades, desde sua implementação e até mesmo relativa à certas adequações, dentre as quais destacamos as que seguem.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, com a criação do novo Sistema Único de Saúde, as três esferas governamentais (União, Estados e Municípios) compõem um



organismo-instituição que representa o estado para compor esse dever. No entanto, quando se fala de dever do Estado em relação aos povos indígenas, esse Estado passa a ser apenas a União, por força de dispositivos também constitucionais, senão vejamos,

Art. 20 – São bens da União:

[...]

XI – as terras tradicionalmente ocupadas pelos índios

Art. 22 – Compete privativamente à União legislar sobre:

[...]

XIV – populações indígenas;

[...]

Parágrafo Único – Lei complementar poderá autorizar os Estados a legislar sobre questões específicas das matérias relacionadas neste artigo<sup>271</sup>.

Muito embora, de acordo com a Constituição Federal de 1988, seja de competência comum (Art. 23, inciso, II), os cuidados com a saúde e concorrentemente legislar sobre previdência social, proteção e defesa da saúde (Art. 24, inciso XII), tais previsões constitucionais são vistas como de caráter geral, mas com isso não se quer excluir dessas ações os povos indígenas. Com a edição das Leis n° 3.156/1999, n° 9.836/1999, instituindo o subsistema, passa-se a entender o caráter de complementariedade que é dado a estas outras entidades da federação (Art. 19-E), no que diz respeito ao custeio e execução dessas ações, vejamos:

Art. 23 – É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

[...]

II – cuidar da saúde e assistência pública da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência.

[...].

Parágrafo Único – Lei complementar fixará normas para cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e o bem estar em âmbito nacional.

Art. 24 Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

[...];

<sup>271</sup> Ambos os artigos da Constituição Federal de 1988. Muito embora o parágrafo único faça a previsão de ser passados aos estados, através de lei complementar para que os mesmos possam legislar sobre respectivos assuntos elencados, dentre os quais populações indígenas, tradicionalmente essa delegação, no que diz respeito a assuntos indígenas não foi repassado. Em todas as constituições brasileiras, quando o assunto é população indígena essa competência sempre ficou à cargo da União. Nesse sentido basta ler alguns trabalhos que tratam do assunto, constituições e direitos indígenas, dos quais já indicamos leitura nesse sentido.

XII – previdência social, proteção e defesa da saúde <sup>272</sup>.

Art. 19-C. Caberá a União, com seus recursos próprios, financiar, o Subsistema de atenção à saúde Indígena.

[...].

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações <sup>273</sup>.

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

Parágrafo Único – As ações e serviços de saúde prestados aos índios pela União não prejudicam as desenvolvidas pelos Municípios e Estados, no âmbito do Sistema Único de Saúde<sup>274</sup>.

É dever do Estado, que no caso dos povos indígenas, é a União, prestar os serviços relativos à saúde. A União repassa esse dever, ao seu representante, na esfera federal, para atuar nessa área, que é o Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde por sua vez, passa tais atribuições a órgão federal, que desde 1999 <sup>275</sup>, tem sido a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, entretanto nem sempre tem sido a citada fundação, como foi visto na análise cronológica da legislação relativa ao assunto saúde dos povos indígenas, no item anterior do trabalho.

Outro ponto crucial a destacar é a passagem da execução dessas ações órgão federal. Fazendo uma retrospectiva, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde foi reconhecida como direito de todos, dentre os quais os índios, e como um dever do Estado e criou um novo sistema, o Sistema Único de Saúde, para como órgão-instituição, efetivar esse direito. Para viabilizar tais ações em 1990, o Sistema Único de Saúde foi normalizado através da Lei Orgânica da Saúde.

<sup>272</sup> Ambos os artigos da Constituição Federal de 1988.

<sup>273</sup> Ambos os artigos da Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999.

<sup>274</sup> BRASIL. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999.

<sup>275</sup> O Decreto nº 3.156 de 27 de agosto de 1999, juntamente com a Portaria MS nº 1.163, de 14 de setembro de 1999, repassaram a responsabilidade de assistência à saúde dos povos indígenas ao Ministério da Saúde, que por sua vez, fez da Fundação Nacional de Saúde o seu órgão executor (Art. 3, e artigos 1º e 2º das respectivas normas), definitivamente. O que posteriormente vem sendo confirmado pela legislação recentemente editada, cite-se a Portaria MS nº 2.65, de 17 de outubro de 2007(Art. 1º).

No entanto, nem a Constituição de 1988, de forma direta, nem a Lei Orgânica da Saúde (1990) contemplaram esta parcela da sociedade brasileira, que são os povos indígenas, integrantes que são dessa sociedade nacional.

Nas Conferências Nacionais de Saúde, tanto na 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, (que conseguiu colocar dentro da Constituição a saúde como direito de todos-universal, e dever do Estado, criou o Sistema Único de Saúde, reconheceu direitos aos povos indígenas, dentre outros), nem a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas, conseguiram inserir no novo Sistema, no caso o SUS, suas reivindicações. Teve ainda, que acontecer a 2ª Conferência Nacional, em 1993, para que apenas em 1999, depois de tantas lutas e entraves foi instituído o que passou a ser chamado, Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, integrando ao já existente e em plena implementação, o Sistema Único de Saúde – SUS.

Enquanto tais entraves tornavam-se verdadeiros obstáculos, tal implementação de serviços diferenciados a serem dirigidos às populações indígenas, estes ficaram a mercê das atuações, ora da Fundação Nacional do Índio - FUNAI, ora da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, dependendo de decisões políticas na esfera federal. Durante mais de uma década (Constituição Federal é de 1988, Lei instituindo o Subsistema é de 1999, passaram-se onze anos) essa parcela da população brasileira, que compõem o “TODOS”, nem bem eram atendidos pelo sistema, o Sistema Único de Saúde, tampouco conseguiam ser atendidas por órgão federal designado pela União para respectivo fim. Como dito, ora o órgão federal designado legalmente era a FUNAI, ora a FUNASA, (fundações vinculadas a Ministérios distintos, respectivamente interior e posteriormente justiça e saúde). Na disputa entre as referidas fundações e ministérios, as perdas sempre ocorreram em relação à população indígena, permanecendo a mesma a mercê de atendimentos descontínuos, pontuais e temporais, atingindo assim sua eficácia.

Surge a Lei nº 3.156, de 27 de agosto de 1999 <sup>276</sup>, que repassa de forma definitiva tais atribuições referentes à saúde a FUNASA e, como já havia o norteador, desde as 1ª e 2ª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, no sentido da distritalização, como um meio diferenciado de prestação desses serviços, referida lei já trazia a previsão dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI's, em sua nomenclatura e estrutura organizacional de serviços. Menos de um mês depois, é editada a Lei nº 9.386, de 23 de setembro de 1999 – Lei Arouca, que tinha como base o relatório final da 2ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde para os Povos Indígenas (realizada em 1994). A referida conferência apontava como seus objetivos e diretrizes a oferta de ações e serviços de saúde dentro do contexto de um Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e integrado ao Sistema Único de Saúde (já existente e em fase de implementação). O Subsistema teria como base para efetivação a existência de Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Apenas sete dias após a edição da supracitada lei, foi editada a Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999, instituindo os 34 (trinta e quatro) Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Analisando a Instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, sob o aspecto de uma política pública, podemos, de acordo com Fernando Aith (2006, p. 217-246)<sup>277</sup> quando fez a distinção entre política pública de Estado e política pública de Governo, e exemplificou a instituição do Sistema Único de Saúde, como uma política pública de Estado, no mesmo sentido podemos dizer que o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, um exemplo de política pública de Estado. O autor faz a seguinte distinção quanto aos objetivos de uma e da outra política,

---

<sup>276</sup> A Lei nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, pode ser considerada o passaporte entre a legislação a nível geral, saúde prestada pelo SUS, para povos indígenas, e a legislação específica instituída de forma a prestar essa atenção à saúde respeitando diversidade étnicas culturais existente entre os povos indígenas que inicialmente veio através da Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999 e complementado pela Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999.

<sup>277</sup> **Políticas públicas do Estado e de governo: instrumentos de consolidação do Estado Democrático de Direito e de promoção dos direitos humanos.** In: BUCCI, Maria Paula (org). Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

Vê-se, assim, que a política de Estado é voltada a organizá-lo de modo que ele tenha as bases estruturais mínimas para a execução de políticas de promoção e proteção dos direitos humanos. Já as políticas de governo, utilizando-se dessas bases estruturais já consolidadas, são implementadas para promover ações pontuais de proteção e promoção dos direitos humanos específicos expressos em nossa Carta (AITH, 2006, p. 236)<sup>278</sup>.

Analisando o Subsistema, necessário se faz que o Estado se organize e monte uma base estrutural mínima para que possa promover a proteção do direito à saúde dos povos indígenas, que não deixa de ser um direito humano. Não existia, à época de sua instituição nenhuma base estrutural nos moldes idealizados pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, conseqüentemente essa base estrutural necessita ser montada. Por essa razão entendemos ser o Subsistema, também, um exemplo de uma política pública de Estado, sem nenhuma sombra de dúvidas.

Posteriormente, mais e mais legislações foram sendo editadas de forma a atender as demandas e a adequar as realidades locais e as especificidades de cada comunidade com suas respectivas etnias<sup>279</sup>.

---

<sup>278</sup> AITH, Fernando. **Políticas públicas do Estado e de governo: instrumentos de consolidação do Estado Democrático de Direito e de promoção dos direitos humanos**. In: BUCCI, Maria Paula (org). Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

<sup>279</sup> Das muitas legislações editadas pós-constituição e as já mencionadas leis, merecem destaque, no que diz respeito à prestação de saúde aos povos indígenas dentre outras as que seguem:

1. Portaria FUNASA nº 479, de 13 de agosto de 2001, que estabelece diretrizes para elaboração de projetos de estabelecimentos de saúde e saneamento em áreas indígenas;
2. Portaria MS nº 254, de 31 de janeiro de 2002, que aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
3. Portaria MS nº 2.405, de 27 de dezembro de 2007, que cria o Programa de Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas;
4. Portaria MS nº 70, de 20 de abril de 2004, que aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena;
5. Portaria MS nº 2.607, de 10 de janeiro de 2004, que aprova o Plano Nacional de Saúde;
6. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006;
7. Portaria nº 646/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica;
8. Portaria nº 204/GM, de 31 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;
9. Portaria nº 2.656/GM, de 17 de outubro de 2007, que dispõe sobre a responsabilidade na prestação de atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação do Incentivo de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.
10. Portaria FUNASA nº 126, de 14 de fevereiro de 2008, que regulamenta o acompanhamento da execução física e financeira pela Coordenação Regional e Distrito Sanitário Especial Indígena, com a participação do

A partir de Medida Provisória, coube à Fundação Nacional de Saúde - FUNASA a implementação como gestora do subsistema. Posteriormente, após a aprovação do seu Estatuto, através do Decreto nº 4.727 de 09 de junho de 2003, as atividades da Fundação foram melhor definidas<sup>280</sup>. Dentre outros aspectos do Estatuto destacamos os seguintes.

A Fundação Nacional de Saúde - FUNASA é vinculada ao Ministério da Saúde, tem sede e fórum em Brasília e foi criada por prazo indeterminado (Art. 1º caput)<sup>281</sup>.

É uma entidade que tem como objetivos precípuos a promoção e proteção da saúde, competindo-lhe dentre outros assuntos, assegurar a saúde dos povos indígenas, prevenir e controlar doenças e agravos à saúde, bem como fomentar soluções de saneamento como forma de prevenção e controle de doenças (Art. 2º, incisos I, II e III). Na sua estrutura organizacional dentre os órgãos específicos e singulares constam o Departamento de Saúde Indígena DSAI (Art. 5º, inciso III, alínea b.) que tem como competência o planejamento, a coordenação e a supervisão da execução das atividades dentre as quais destacamos as que se seguem:

- de promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas, segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e as condições sanitárias de cada comunidade;
- no âmbito do SUS, de organização das atividades de atendimento integral à saúde dos povos indígenas;
- de serviços desenvolvidos pelos DSEI's, assegurando os serviços de atendimento básico nas terras indígenas

---

Controle Social Indígena, na Celebração e Execução dos Convênios de Saúde Indígena.

11. Portaria FUNASA nº 293, de 7 de abril de 2008, que estabelece critérios para celebração de convênios com entidades governamentais e não governamentais para execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas.

<sup>280</sup> Em setembro de 2003, através da Portaria nº 1.776, de 08 de setembro de 2003, fica aprovado o Regimento Interno da FUNASA.

<sup>281</sup> Decreto nº 4.727, de 09 de junho de 2003.

- de proposição de políticas e de ações de educação em saúde pública voltada para assistência à saúde das populações indígenas.

A Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, mais tarde através da Portaria MS nº 1.776, de 08 de setembro de 2003, obteve a aprovação de normas de organização e funcionamento de todas as unidades integrantes de seu Estatuto. Através das normas estabelecidas em seu Regimento Interno, especificou de forma mais aprofundada sua estrutura organizacional, bem como as competências de cada uma das unidades das quais se compõem e elencou a vinculação administrativa de cada um dos DSEI's às respectivas Coordenações Regionais<sup>282</sup>.

Assim, através da existência dessas normas infraconstitucionais, fica mais do que delineado e delimitado a ação da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA junto às populações indígenas no que diz respeito à proteção, promoção e recuperação da saúde desses povos.

#### 4.3 Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI's: espaços de concretização e democratização do direito à saúde (Portaria nº 852 de 30 de setembro de 1999)

Como dissemos o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI's <sup>283</sup> e como subsistema, deve estar em perfeita articulação com o Sistema Único de Saúde – SUS.

O Distrito Sanitário Especial Indígena é uma unidade organizacional da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, devendo ser entendido como uma base territorial e população sob responsabilidade sanitária claramente definida<sup>284</sup>, elencando o conjunto de ações de saúde

<sup>282</sup> Art. 7º, inciso IV; Art. 67, inciso III; Art. 68, inciso II; Art. 71; Art.78; artigos 80 a 85, artigos 100 a 106 e Art. 117, do respectivo Regimento Interno da FUNASA.

<sup>283</sup> Portaria nº 852-MS, de 30/09/99, que instituiu os DSEI de acordo com a denominação, vinculação, jurisdição territorial, sede, população, etnias e casa de índio em conformidade com o proposto pelos povos indígenas. São ao todo 34 (trinta e quatro) DSEI, distribuídos em todo território nacional.

<sup>284</sup> De acordo com o parágrafo único do Art. 2º da Portaria nº 852-MS, de 30/09/99.

necessárias à atenção básica e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde. Será composto de uma equipe mínima para executar suas ações. O controle social deverá ser exercido através dos Conselhos Locais e Conselhos Distritais de Saúde<sup>285</sup>.

Cada território distrital foi definido num processo de construção com as comunidades indígenas, profissionais e instituições de saúde. Para definição dessas áreas foram levadas em consideração não apenas critérios operacionais e geográficos, mas o respeito à cultura, as relações políticas e as distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, o que, por vezes, não coincide com os limites de Estado e/ou Municípios onde estão localizadas as terras indígenas<sup>286</sup>.

Cada distrito está organizado em uma rede de serviços de saúde dentro de seu território, integrada e hierarquizada<sup>287</sup>. A constituição dessa rede de serviços leva em conta a estrutura de serviços de saúde já existentes nas terras indígenas, devendo a mesma se adequar e ser ampliada de acordo com as necessidades de cada local. Essa rede de serviços tem como base de organização serviços de saúde nas aldeias/comunidades. Cada aldeia/comunidade contará com a atuação do Agente Indígena de Saúde – AIS, com atividades vinculadas a um posto de saúde. Dentre outras ações realizadas pelos Agentes Indígenas de Saúde estão a do acompanhamento de gestantes, acompanhamento de vacinação e primeiros socorros<sup>288</sup>.

Dando seguimento ao fluxo de organização dos serviços de saúde dos povos indígenas, essas comunidades contam com outra instância de atendimento que são os Pólos-Base. Os Pólos-Base se constituem na primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde, que atuam nas aldeias/comunidades, podendo estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Cada Pólo-Base cobre um conjunto de aldeias/comunidades e sua equipe, além de prestar assistência à saúde, realiza a capacitação

---

<sup>285</sup> Artigos, 3º e 4º da Portaria nº 852-MS, de 30/09/99.

<sup>286</sup> < <http://www.funasa.gov.br/ind> >. Acesso em 31 de outubro de 2007.

<sup>287</sup> De acordo com o parágrafo único do Art. 2º, da Portaria nº 852-MS, de 30/09/99.

<sup>288</sup> < <http://www.funasa.gov.br/ind> >. Acesso em 31 de outubro de 2007.



dos AIS. Os Pólos-Base estão estruturados como Unidades Básicas de Saúde<sup>289</sup> e contam com a atuação de uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, composta principalmente por Médico, Enfermeiro, Dentista e Auxiliar de Enfermagem<sup>290</sup>.

### Rede de Serviços e Fluxo nos DSEI'S



**Figura 01.** Fonte: <http://www.funasa.gov.br/ind>, acesso em 30.10.07.

Necessário ressaltar que todo o processo de estruturação de atenção à saúde dos povos indígenas está fortemente baseado na participação dos próprios índios, pessoalmente ou através de suas lideranças e organizações. Em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI's há um avanço significativo na formação dos Conselhos Locais e Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Tal fator tem permitido uma melhor identificação dos problemas e um melhor encaminhamento quanto às soluções mais adequadas às especificidades desses povos<sup>291</sup>. Os Conselhos Distritais têm como atribuição fundamental a aprovação do Plano Distrital de Saúde, seu acompanhamento e a avaliação de sua execução e

<sup>289</sup> < <http://www.funasa.gov.br/ind> >. Acesso em 31 de outubro de 2007.

<sup>290</sup> < <http://www.funasa.gov.br/ind> >. Acesso em 31 de outubro de 2007.

<sup>291</sup> < <http://www.funasa.gov.br/ind> >. Acesso em 31 de outubro de 2007.

aplicação de recursos<sup>292</sup>. Quanto aos Conselhos Locais, terão como maior atribuição identificar as necessidades específicas dos povos indígenas em relação aos agravos de saúde que lhes são peculiares<sup>293</sup>.

A população indígena brasileira, segundo dados da Fundação Nacional de Saúde, como foi dito, é estimada em mais de 400.000 (quatrocentos mil) pessoas, pertencentes a cerca de 215 (duzentos e quinze) povos, falantes de 180 (cento e oitenta) línguas identificadas

<sup>294</sup>.

Dado esse de significativa importância para essa pesquisa, que objetiva analisar as políticas públicas de saúde aplicáveis a esse grupo formador da população brasileira. Tal grupo não pode, nem deve deixar de ser assistido de quaisquer serviços públicos, tanto mais, os serviços de saúde, sem que se comprometam os enunciados constitucionais pátrios, no que diz respeito à cidadania e garantias do princípio da dignidade humana (bem maior, no seu significado, no caso específico dos povos indígenas, do que os princípios da universalidade e igualdade propostos pelo SUS).

#### 4.3.1 Conselhos Distritais e Locais: composição e competências

Na composição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverão constar Conselhos Distritais e poderão constar também, Conselhos Locais de Saúde. A legislação que tratou inicialmente dos respectivos Conselhos Distritais e Locais foi o Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, que instituía, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Vejamos o que preceitua respectiva legislação:

Art. 8º - A FUNASA contará com Distritos Sanitários Especiais Indígenas [...].  
§ 4º - Cada Distrito Sanitário Especial Indígena terá um conselho Distrital de Saúde Indígena, [...].

<sup>292</sup> De acordo com o Art. 3º, da Portaria nº 852-MS, de 30/09/99.

<sup>293</sup> De acordo com o Art. 4º, inciso I, da Portaria nº 852-MS, de 30/09/99.

<sup>294</sup> < <http://www.funasa.gov.br/ind> >. Acesso em 31 de outubro de 2007. Dados que de certa forma são os fornecidos pelo Sistema de Informação à Saúde Indígena - SISAI, utilizados no item 3.1 do trabalho.

[...].

Art. 9º - Poderão ser criados, pelo Presidente da FUNASA, no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Conselhos Locais, [...] <sup>295</sup>

Tais preceitos normativos deram a base para que o presidente da Fundação Nacional de Saúde, no uso de suas atribuições, editasse Portaria, regulamentando de forma mais específica cada um dos Conselhos, além de aprofundar as suas competências e respectivas composições.

Dispõe a Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999 (um mês após a edição do Decreto) em seus artigos, sobre respectivos conselhos:

Art. 3º - Cada Distrito Sanitário Especial Indígena terá um Conselho Distrital de Saúde, [...]

Art. 4º - Cada Distrito Sanitário Especial Indígena terá Conselhos Locais, [...] <sup>296</sup>.

A grande diferença entre os preceitos normativos que regulamentam respectivos distritos, o Decreto nº 3.156/1999 e a Portaria da FUNASA nº 852/199, ocorre quando da previsão da exigência de implementação de ambos os conselhos. O Decreto prevê que em cada DSEI deverá ter um Conselho Distrital de Saúde, enquanto em relação ao Conselho Local, preconiza que os mesmos poderão ser criados, ficando na dependência de um ato do Presidente da FUNASA. Ocorreu o esperado, o Presidente da FUNASA, atendendo a preceitos normativos <sup>297</sup>, o fez através da Portaria, supracitada. A Portaria confirmou a existência em cada Distrito Sanitário Especial Indígena de Conselhos Distritais de Saúde e fez a previsão de implantação de Conselhos Locais nas comunidades indígenas, como demonstram os artigos acima transcritos.

---

<sup>295</sup> BRASIL. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999.

<sup>296</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999.

<sup>297</sup> Não só o que preconiza o Decreto nº 3.156, de 1999, aqui vale ressaltar que a própria Constituição Federal de 1988, prevê a participação da comunidade junto ao novo sistema que está sendo criado e de onde se originará, a partir de então, as políticas públicas na área da saúde.

O que se observa é uma grande semelhança entre os dois preceitos normativos, Decreto e Portaria. Contudo, constata-se que a edição do segundo, a Portaria, foi necessária tanto para delimitar melhor as competências e composição de ambos os conselhos, se não, e mais importante ainda, para tornar exigência a instituição dos Conselhos Locais, que o Decreto apenas previa a possibilidade de vir a existir.

Vejamos agora, então, quais são as orientações normativas relativas às competências e composição dos respectivos Conselhos Distritais e Locais, trazidos por ambas as normas. Inicialmente trataremos das competências e composição dos Conselhos Distritais de Saúde.

O Decreto nº 3.156/1999, assim determina:

Art. 8º [...]

§ 4º Cada Distrito Sanitário Especial Indígena terá um Conselho Distrital de Saúde indígena, com as seguintes atribuições:

I – aprovação do Plano Distrital;

II – avaliação da execução das ações de saúde planejadas e a proposição, se necessária, de sua programação parcial ou total; e

III – apreciação da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde do índio.

§ 5º Os Conselhos Distritais de Saúde serão integrados de forma paritária por:

I – representantes dos usuários, indicados pelas respectivas comunidades;

II - representantes das organizações governamentais envolvidas, prestadores de serviços e trabalhadores do setor saúde<sup>298</sup>.

Fazendo uma breve comparação normativa, a Portaria nº 852/1999, repete em seus artigos 3º, de forma integral, os § 4º, incisos I, II e III e o § 5º do Decreto, e ao invés de usar o termo atribuições utiliza-se do termo competência e acrescenta um parágrafo a mais para um melhor detalhamento do encaminhamento dos dispositivos normatizados vejamos:

Art. 3º - Cada Distrito Sanitário Especial Indígena terá um Conselho Distrital de Saúde Indígena, com as seguintes competências:

I – aprovação do Plano de Saúde Distrital;

II – avaliação da execução das ações de saúde planejadas e a proposição, se necessária, de sua reprogramação parcial ou total; e

III – apreciação da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde do índio.

§ 1º - O Conselho Distrital de que trata este artigo, será integrado de forma paritária por:

<sup>298</sup> BRASIL. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999.

- I – representantes dos usuários, indicados, pelas respectivas comunidades.
  - II – representantes de Instituições Governamentais, sendo uma vaga reservada à FUNAI, e de prestadores de serviços e trabalhadores do setor saúde.
- § 2º As indicações referidas no parágrafo anterior, serão recebidas pelo Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena e encaminhadas diretamente ao Presidente da Fundação Nacional de Saúde, para a designação, por intermédio do Coordenador Regional<sup>299</sup>.

Como podemos ver respectivos Conselhos Distritais de Saúde, por imposições normativas, passam a ter que ser instituídos em todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, distribuídos em todo território nacional, que são no total de 34<sup>300</sup>. Os referidos Conselhos Distritais tem atribuições, ou seja, competências para atuarem na formulação e proposição de execução de políticas de saúde e seu controle, nos aspectos econômico e financeiro. Sua composição abrange todos os sujeitos envolvidos na prestação dessas ações e serviços, bem como, e mais importante, aqueles a quem elas se destinam, os usuários, no caso específico, os índios. Tal composição respeita preceito maior, o constitucional (Art. 198, inciso III, da Constituição Federal de 1988) que elege a participação da comunidade como uma diretriz essencial do Sistema Único de Saúde. Citado dispositivo vale para as políticas universais de saúde, mas vale, também, para os dispositivos relativos a essa parcela da população, os povos indígenas. Afinal o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é componente do Sistema Único de Saúde e funcionará em perfeita integração com o mesmo (Art.19-B, da Lei nº 9.836/1999).

Quanto aos Conselhos Locais de Saúde, vimos que, muito embora o Decreto nº 3.156/1999 tenha previsto apenas a possibilidade de sua criação, a Portaria da FUNASA nº 852/1999, instituiu a figura dos mesmos. Avaliemos os dispositivos de ambos os instrumentos normativos, respectivamente:

---

<sup>299</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999.

<sup>300</sup> A Portaria nº 852, de 1999, além de normatizar, como dissemos, as atribuições, suas composições e demais determinações referentes aos Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena, traz em seu ANEXO de I a XXXIV, com a denominação, vinculação territorial, sede, população, etnias, casas do índio e demais características de cada um dos 34 distritos criados (Art. 1º, da portaria).

Art. 9º Poderão ser criados, pelo Presidente da FUNASA, no âmbito dos Distritos Especiais Indígenas, Conselhos Locais de Saúde, compostos por representantes das comunidades indígenas, com as seguintes atribuições:

- I – manifestar-se sobre as ações e os serviços de saúde necessários à comunidade;
- II – avaliar-se a execução das ações de saúde na região de abrangência do Conselho;
- III – indicar conselheiros para o Conselho Distrital de Saúde Indígena e para os Conselhos Municipais, se for o caso; e
- IV – fazer recomendações ao Conselho Distrital de Saúde Indígena, por intermédio dos conselheiros indicados<sup>301</sup>.

Art. 4º Cada Distrito Sanitário Especial Indígena terá Conselhos Locais de Saúde, compostos por representantes das comunidades indígenas com as seguintes competências:

- I – manifestar-se sobre as ações e os serviços de saúde necessários à comunidade;
- II – avaliar-se a execução das ações de saúde na região de abrangência do Conselho;
- III – indicar conselheiros para o Conselho Distrital de Saúde Indígena e para os Conselhos Municipais, se for o caso; e
- IV – fazer recomendações ao Conselho Distrital de Saúde Indígena, por intermédio dos Conselheiros indicados.

Parágrafo único – Os representantes das comunidades indígenas encaminharão as indicações para composição do conselho de que trata este artigo diretamente ao Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena, a quem caberá o ato da designação<sup>302</sup>.

Note-se que o Decreto tratou o assunto de forma mais abrangente, e deixou que o Regulamento especificasse mais detalhadamente sua composição, competências e a forma de como são designados os seus componentes. O Decreto mesmo sendo mais abrangente, já antevia a necessidade da edição de regulamentação mais detalhada através do Art. 11, do supracitado decreto, abaixo transcrito:

Art. 11 A regulamentação, as competências e a instalação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão feitas pelo Presidente da FUNASA, até publicação do novo Estatuto e do Regimento Interno da Fundação<sup>303</sup>.

Ainda de forma geral, o Decreto em seu Art. 10, designou o Presidente da FUNASA como responsável pela designação dos membros de ambos os Conselhos Distritais e Locais de

<sup>301</sup> BRASIL. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999.

<sup>302</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999.

<sup>303</sup> BRASIL. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999.

Saúde, após a indicação das comunidades representadas. A Portaria de certa forma detalhou referidos preceitos, como ocorre quanto aos indicados para o Conselho Distrital,

Art. 3º [...]

§ 2º - as indicações referidas no parágrafo anterior serão recebidas pelo Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena e encaminhados diretamente ao Presidente da Fundação Nacional de Saúde, para designação, por intermédio do Coordenador Regional<sup>304</sup>.

Em relação aos Conselhos Locais de Saúde, a Portaria disciplinou sua composição e designação da seguinte forma:

Art. 4º [...] terá Conselhos Locais de Saúde, compostos por representantes das comunidades indígenas, [...]:

Parágrafo Único – Os representantes das comunidades indígenas encaminharão as indicações para composição do conselho de que trata este artigo diretamente ao Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena, a quem caberá o ato de designação<sup>305</sup>.

É importante ressaltar, sobre os referidos conselheiros que, de acordo com dispositivo normativo, os integrantes desses conselhos não receberão remuneração para exercer suas funções junto aos Conselhos, que são funções consideradas de relevância pública. Dispõe a portaria:

Art. 5º - Os integrantes dos Conselhos de que tratam os artigos 3º e 4º não serão remunerados pelas respectivas atuações, cujos trabalhos serão considerados como relevantes serviços prestados à comunidade<sup>306</sup>.

---

<sup>304</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999.

<sup>305</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999.

<sup>306</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999.

No tocante à resolução de questões normativas internas, foi fixado um prazo para elaboração de seus Regimentos Internos, a partir de suas efetivas instalações. Neste sentido, prescreve a portaria:

Art. 6º - Os Conselhos Distrital de Saúde Indígenas e Locais de Saúde aprovarão os seus Regimentos Internos compatíveis com as competências estabelecidas nos artigos 3º e 4º, respectivamente, no prazo máximo de até 90 dias da data de suas respectivas instalações<sup>307</sup>.

Conclui, assim, a Portaria da FUNASA nº 852, de 30 de setembro de 1999, a regulamentação dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena, detalhando o que de forma mais abrangente havia sido normatizados pelo Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999.

À época da edição de ambas as normas, do Decreto nº 3.156/1999 e da Portaria nº 852/1999, regulamentando diretamente os Conselhos de Saúde, recém instituídos pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990), estava vigente dispositivo normativo, editado pelo Conselho Nacional de Saúde (ao qual está vinculada a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio – CISI)<sup>308</sup>, a Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992. Citada resolução foi instituída para regulamentar a criação, estruturação, funcionamento, e estabelecimento de diretrizes dos Conselhos de Saúde em todo o Brasil, nos três níveis da Federação.

---

<sup>307</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999.

<sup>308</sup> O papel da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio – CISI é assessorar ou subsidiar o Conselho Nacional de Saúde na formulação e no acompanhamento de políticas públicas de saúde indígena no âmbito federal, e como já havíamos dito antes foi instituído em 1991. De acordo com Esther Jean Langdon (2004, p. 39) “[...] a voz do CISI é fraca e suas recomendações, ignoradas no CNS, no qual a saúde indígena é algo muito pequeno para a arena política das grandes questões nacionais”. LANGDON, Esther, Jean. **Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre a antropologia e profissionais de saúde**. In: LANGDON, Esther Jean, GARNELO, Luiza (org). Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Contra Capa Livraria/ Associação Brasileira de Antropologia; Rio de Janeiro, 2004. p. 39. Seguindo recomendação da III Conferência da Saúde Indígena; um representante indígena foi recentemente incorporado como membro do Conselho Nacional de Saúde e é esperado que este assumirá eventualmente a coordenação do CISI.



A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 33 de 1992, após ser editada, passou a sofrer algumas críticas durante as Conferências Nacionais e nas reuniões ordinárias dos Conselhos, que sinalizavam no sentido de reavaliação e reformulação da mesma.

Sobre o assunto, Adalgiza Balsemão (2003, p. 307-308)<sup>309</sup> relata:

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em Brasília nos dias 15 a 19 de dezembro de 2000, conforme consta no relatório final, na letra *c* do item 7, tema *controle social*, “o plenário da 11ª Conferência Nacional de Saúde deliberou pela reformulação da Resolução nº 33/92, sendo que esta reformulação acontecerá após discussão e acolhimento de sugestões dos conselhos estaduais de saúde, que deverão buscar subsídios junto aos conselhos municipais de saúde e à Plenária Nacional dos Conselhos”.

A Coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde reuniu-se imediatamente ao final da 11ª Conferência Nacional de Saúde e elaborou uma proposta ao Conselho Nacional de Saúde, inclusive com calendário para discussão da Resolução nº 33 nos Estados e regiões. No ano de 2001, o debate sobre a reformulação da Resolução nº 33 obteve âmbito nacional. Conselhos municipais e estaduais, plenárias estaduais e regionais de conselhos de saúde em todo Brasil debateram e elaboraram propostas para a Resolução nº 33. Na 10ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, ocorrida de 18 a 20 de novembro de 2001, foram debatidas e deliberadas propostas para reformulação da Resolução nº 33/92. Essas propostas foram encaminhadas ao Conselho Nacional de Saúde.

As discussões prolongaram-se e, somente no ano de 2003, foi que referida reformulação se efetivou. O Conselho Nacional de Saúde editou a Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003, durante a realização da plenária da centésima trigésima sexta reunião ordinária do conselho.

Tal referência se faz necessária posto que foi a partir da edição da Resolução nº 333, de 2003, que os Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena foram contemplados com o reconhecimento formal da sua existência no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, como componente que é do Sistema Único de Saúde.

Da Resolução nº 333, de 2003, resultou, além disso, um conceito formal do que seja um Conselho de Saúde, bem como uma base normativa para a criação e/ou reformulação dos

---

<sup>309</sup> **Competências e rotinas de funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil.** In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito sanitário e saúde pública/ Ministério da Saúde, Secretária de Gestão e Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

mesmos, sua organização, estrutura e funcionamento, quais as suas atribuições e suas competências. Na primeira diretriz aprovada, encontra-se a definição de Conselho de Saúde, conforme abaixo descrito:

Primeira Diretriz: Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde - SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competências fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização determinado a ampliação dos conselhos de saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

Parágrafo Único: Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive, nos seus aspectos econômicos<sup>310</sup>.

Todos esses dispositivos são aplicados aos Conselhos Distritais e Locais de Saúde Indígena, posto que são regras aplicáveis a todos os níveis dos Conselhos de Saúde no Brasil. Dentro desses conselhos são validas tanto as normas de âmbito geral, quanto as normas de caráter específico.

#### 4.3.2 A participação dos povos indígenas na elaboração e gestão de políticas públicas de saúde: o exercício do controle social por meio da participação nos Conselhos Distritais e Locais

A partir da Constituição Federal de 1988, ficou consagrado o princípio da participação da comunidade no Sistema Único de Saúde – SUS.

A participação da comunidade é, portanto, diretriz constitucional, pois expressamente há a previsão de que ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, que será organizado de acordo com as

<sup>310</sup> BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003.

diretrizes da descentralização, atendimento integral e da participação da comunidade (Art.198, incisos I, II e III)<sup>311</sup>. Tais diretrizes e princípios demonstram o reconhecimento pelo constituinte, da importância de se promover o princípio democrático da participação na gestão de políticas públicas de saúde <sup>312</sup>.

Com a criação do Sistema Único de Saúde, baseado nesses princípios e diretrizes, nasceram fóruns de participação direta da comunidade na gestão e na própria execução das políticas públicas de saúde, que tem se mostrado como condição básica e fundamental na consolidação da democracia no Brasil, conseqüentemente, na efetivação do que atualmente se entende por cidadania.

Saído da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde, ao ser regulamentado ordinariamente pela edição da Lei nº 8080, de 1990, endossa a forma da participação da comunidade nos três níveis governamentais (Art. 7º, inciso VIII). Mais tarde tal princípio ganha reforço com a edição da Lei nº 8.142, de 1990, (ambas compõem a Lei Orgânica da Saúde), complementando, substancialmente, com dispositivos específicos sobre a participação direta da comunidade na gestão, execução, fiscalização e até mesmo na elaboração de políticas públicas, as novas normas que regulamentam referido Sistema.

Nesse novo cenário de mudanças que se deu a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, o Controle Social exercido de forma direta, via Conselhos de Saúde nas três esferas governamentais, tem papel fundamental na implementação de políticas públicas de saúde que atendam as necessidades reais e locais e, ainda, a fiscalização quanto à utilização dos recursos destinados aos gastos com essas ações e serviços. Com os Conselhos de Saúde a comunidade passou a dispor de um fórum privilegiado para reivindicar suas demandas, além de orientar e avaliar as políticas públicas que lhes serão aplicadas e destinadas.

---

<sup>311</sup> BRASIL. Constituição Federal de 1988.

<sup>312</sup> Documentos Internacionais, desde Alma Ata, já indicavam o caminho ser adotada pelos estados nacionais, no sentido da participação da comunidade, quando fossem confeccionar seus modelos nacionais de prestação à saúde de suas populações. O que de certa forma foi acatado pelos constituintes na instituição do sistema de saúde brasileiro.

Trazendo todos esses preceitos normativos, instituídos de forma geral e universal, para administração e efetivação do Sistema Único de Saúde, passemos a analisar o que foi sendo editado de forma mais específica para contemplar os povos indígenas.

Foi instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devidamente integrado ao Sistema Único de Saúde, através da Lei nº 9.836, de 1999, que acrescentava dentre outros o Art. 19-H, ao Sistema Único de Saúde. Prescreve citado dispositivo a previsão do direito dos povos indígenas de participarem dos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde.

Editada, também, foi a Portaria nº 852, de 1999, instituindo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que na sua composição e organização previam a implantação dos Conselhos Distritais e Locais de Saúde. Tal previsão específica de participação em fóruns privilegiados na implementação de políticas públicas de saúde específicos dessas populações não as excluem da participação quando da elaboração ou avaliação de políticas mais universais, como as elaboradas a nível nacional, estadual e municipal. Afinal as Leis ordinárias nº 8.080/1990, nº 8.142/1990 e nº 9.836/1999, já lhes havia assegurado esse direito.

Tratando-se de saúde indígena, como de saúde pública ou coletiva, o controle social é visto como forma de participação e fiscalização dos usuários dos serviços de saúde, tornando possível o estabelecimento de mecanismos de participação nas ações e serviços de saúde, de forma a garantir a satisfação do usuário dentro do sistema.

A participação indígena é de fundamental importância para a organização dos serviços de saúde que serão disponibilizados pelo Sistema. Todas as ações de saúde nas áreas indígenas devem ser norteadas por um processo de participação desde o planejamento, execução e avaliação dos diversos programas de saúde. Tais posicionamentos geram a possibilidade de fiscalização e, portanto, um maior controle social.

De acordo com as diretrizes assumidas pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, recentemente aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002, o item 4.9, no que se refere ao controle social, assim dispõe:

A participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais.

Essa participação dar-se-á especialmente por intermédio da Constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena por Reuniões Macroregionais, pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde Indígena e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígena nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde<sup>313</sup>.

Vale destacar que atualmente existem 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (criados pela Portaria nº 852, de 1999), o que corresponde a 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígenas distribuídos por todo território nacional. Cada um desses distritos funciona em territórios específicos e com modelos operacionais, de certa forma, diferenciados uns dos outros, segundo suas realidades locais geográficas e mesmo étnico-culturais.

A composição dos Conselhos Distritais está de acordo com as, Lei nº 8.080/1990, Lei nº 8.142/1990 e a Lei nº 3.156/1999, bem como da Portaria nº 852/1999.

Na paridade encontra-se o principal elemento regulador dessa participação entre usuários e prestadores de saúde.

A política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas descreve a atuação dos Conselhos Distritais no controle social, da seguinte forma:

Os Conselhos Distritais de Saúde serão instâncias de Controle Social, de caráter deliberativo e constituídos, de acordo com a Lei nº 8.142/90, observando em sua composição a paridade de 50% de usuário e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos.

Todos os povos que habitam o território distrital deverão estar representados entre os usuários.

---

<sup>313</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas p. 20-21. < <http://www.funasa.gov.br/bibliotecavirtual> >. Acesso em 29 de novembro de 2007.

Aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento de interprete<sup>314</sup>.

Quanto à participação da comunidade no âmbito dos Conselhos Locais<sup>315</sup> de saúde, também regulamentada pelas legislações supramencionadas, um aspecto negativo diz respeito à falta de caráter deliberativo do respectivo conselho. Os mesmos são compostos de membros das comunidades da área de abrangência do respectivo Distrito Sanitário. Lá são indicados os Conselheiros que vão compor o Conselho Distrital ao qual estão subordinados e os Conselhos Municipais.

Relativamente aos Conselhos Locais, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas destaca.

Os Conselhos Locais de Saúde serão constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Pólos-Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outra.

Os representantes que farão parte do Conselho Local de Saúde serão escolhidos pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo Chefe do Distrito. Essa é uma instância privilegiada para articulação como gestores locais para encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde<sup>316</sup>.

Portanto, da mesma forma, que no âmbito das políticas públicas universais de saúde são as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde os fóruns mais adequados e privilegiados para o exercício democrático da cidadania, no que diz respeito à participação da comunidade, tanto na elaboração de respectivas políticas públicas de saúde, quanto sobre o

---

<sup>314</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas p. 21. < <http://www.funasa.gov.br/bibliotecavirtual> >. Acesso em 29 de novembro de 2007.

<sup>315</sup> De acordo com a Declaração de Alma Ata é na comunidade local, na menor esfera que se tem a exata dimensão das necessidades específicas da população usuária. **Documentos Internacionais**. In: ARANHA, Márcio Iorio; TOJAL, Sebastião Botto de Barros. (orgs.). Curso de especialização em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Universidade de Brasília, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ/REFORSUS, Ministério da Saúde. [s.d.]. p. 563-565.

<sup>316</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. p. 21.

controle das mesmas. Tais dispositivos também se aplicam às políticas públicas específicas dirigidas aos povos Indígenas.

Conforme Souza Garnelo, Macedo e Brandão (2003, p. 78), “As Conferências de Saúde tem operado como espaços democráticos e eficientes para formulação de diretrizes e estratégias de viabilização da política de saúde indígena<sup>317</sup>”.

Continua Luiza Garnelo, Macedo e Brandão (2003, p. 78)<sup>318</sup>, na sua avaliação do controle social e mesmo da elaboração e gestão de políticas de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas,

Ao longo do período de realização das três Conferências Nacionais<sup>319</sup>, verificou-se um expressivo incremento da participação indígena e com forte motivação para intervir qualificadamente na formulação dessa política setorial.

Ainda tendo como base as referências feitas ao controle social e a participação indígena nos respectivos conselhos constituídos, Luiza Garnelo, Macedo e Brandão (2003, p. 78-79)<sup>320</sup> mencionam os vários níveis em que se opera e se exerce referida participação e respectivo controle social das políticas públicas a eles dirigidas. Asseguram os mesmos que,

As Conferências são eventos pontuais, mas ao longo das atividades rotineiras anuais o controle social se exerce na atuação dos Conselhos de Saúde, que operam em diversos níveis. No pleno nacional, a primeira instância de decisão, como em todo o Sistema Único de Saúde, é o Conselho Nacional de Saúde, que dispõe de uma Comissão Intersetorial de Saúde Indígena/CISI, com atribuições de analisar demandas e estratégias políticas para a saúde indígena e subsidiar o Conselho Nacional de Saúde com informações para a tomada de decisão<sup>321</sup>.

<sup>317</sup> GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organiza Pan-Americano da Saúde, 2003.

<sup>318</sup> GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. Op. cit.

<sup>319</sup> A época da publicação do referido trabalho, 2003, só haviam ocorrido às três primeiras Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas. A 4ª Conferência somente veio a ocorrer no ano de 2005.

<sup>320</sup> GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organiza Pan-Americano da Saúde, 2003.

<sup>321</sup> Cf. Luiza Garnelo e outros (2003, p.79), A CISI é “um órgão de caráter consultivo, a CISI não tem poder deliberativo, devendo submeter as suas posições à plenária do Conselho Nacional de Saúde”. GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organiza Pan-Americano da Saúde, 2003.

Localmente, o controle social é exercido pelo Conselho Distrital e pelos Conselhos Locais de Saúde. O primeiro tem caráter deliberativo sobre os problemas e atividades da área de abrangência do DSEI e conta com composição paritária de representantes de prestadores de serviços

[...]

Os conselhos locais de saúde são instâncias de participação que congregam exclusivamente usuários e lideranças indígenas, cuja principal atribuição seria a de trazer as discussões e propostas da distritalização para o mais próximo do plano aldeão, auxiliando na construção de estratégias operacionais mais adequadas à realidade local e calcadas nas necessidades concretas da população.

Mas nem tudo se reverte em conquistas positivas, o estudo aponta diversos obstáculos e desafios a serem vencidos, dentro dessa nova perspectiva de participação comunitária na construção de políticas públicas mais adequadas e eficazes. Dentre os muitos obstáculos e desafios apontados, citaremos alguns da fundamental importância, para o avanço na efetivação dessa política setorial:

1. Os recursos alocados à disposição dos DSEI's são considerados insuficientes para cobrir as necessidades distritais e, um dos fatores apontados para os elevados custos das ações envolve a dificuldade inerente, principalmente no norte do país, ao acesso às comunidades aldeada.
2. A rotatividade de pessoal e a limitada qualificação dos recursos humanos operantes no sistema, gerando, temporariamente, descontinuidade no fluxo de ações. Rotatividade que aponta, também, para a falta de sensibilidade desses recursos humanos, em não reconhecer e/ou mesmo não respeitar suas culturas e tradições, ou mesmo o modo peculiar como encaram a relação saúde /doença que é diferente em cada comunidade. No âmbito do órgão gestor, a FUNASA, tal rotatividade é sentida com as várias substituições de funcionários que desempenham a supervisão dos distritos, que não raro têm idéias divergentes entre si, resultando também, em descontinuidades.



3. A Municipalização total das ações e serviços não é aceita pelos DSEI's. Uma das bases que fundamentam tal posicionamento é a dificuldade da comunidade em exercer o devido controle social nesse nível de atuação.
4. Alguns distritos, quando da delimitação territorial, pela Portaria n° 852/1999, tiveram sua área de abrangência inadequada, reunindo grupos e regiões que muitas vezes não mantêm laços e interações prévias entre si, dificultando a assistência, gerando desigualdades e impossibilitando uma melhor articulação entre os representantes das diversas comunidades que compõem respectivo distrito.
5. Os conselheiros indígenas, principalmente, não se sentem preparados para entender e desempenhar seu papel, não só pelo fato do domínio da língua portuguesa, usualmente falada nas reuniões, quanto pela pressa na tomada de decisões<sup>322</sup>.

#### 4.4 O Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima-RR: estrutura administrativa e atuação

O Estado de Roraima, quando da edição da Portaria n° 852, de 30 de setembro de 1999, criando os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Mapa 01, p. 120), foi contemplado com dois Distritos Sanitários, o Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomâmi – Am/RR<sup>323</sup>, (o n° 34, do Mapa 01, p. 120) e o Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de

---

<sup>322</sup> GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organiza Pan-Americano da Saúde, 2003. p. 81-85.

<sup>323</sup> A Portaria n° 852/1999, na sua publicação utiliza-se da grafia “Yanomâmi”, mas muitas publicações usam a grafia “Yanomami”. No trabalho, como forma de uniformizar a grafia utilizaremos a usada pela portaria e publicações da FUNASA, “Yanomâmi”.

Roraima – RR (o nº 16, do Mapa 01, p, 120) sobre o qual nos debruçaremos melhor nesse item do trabalho.

O fato que nos levou a escolher o Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima – RR para avaliar sua estrutura e funcionamento bem como suas ações, do ponto de vista de uma política pública social, foi de o mesmo ter sua área de abrangência territorial e de atuação, restrita ao Estado de Roraima<sup>324</sup>. Fato este que facilitaria na obtenção de informações, além do acesso a alguns documentos específicos elaborados pelo respectivo DSEI<sup>325</sup>.

Como podemos observar no Mapa 01, da página 120, do trabalho, quando da distribuição e localização dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, alguns deles tiveram suas áreas de abrangência englobando mais de um estado da federação, e o Distrito Sanitário Especial Indígena Ianomâmi é um exemplo<sup>326</sup>, pois alcança terras do estado do Amazonas e do estado de Roraima<sup>327</sup>.

---

<sup>324</sup> Embora o DSEI do Leste de Roraima tenha sua delimitação de sua abrangência englobada vários municípios, mas todos localizados no estado de Roraima.

<sup>325</sup> Roraima é o estado em que residimos e exercemos nossas atividades profissionais. No entanto dificuldades foram encontradas em obter documentos, pois não há, conforme informações dos funcionários, na Coordenação Regional de Roraima – CORE-RR, nenhuma biblioteca ou mesmo um departamento que archive livros ou documentos dessa regional. As informações e documentos obtidos devem-se ao fato de encontrarmos em tal coordenação regional, ex-alunos agora colegas que nos forneceram o que estava disponível ou editado nos computadores da regional e que nos foram repassados através de cópias em pen-drives. No mais, orientavam-nos a procurar em sites da FUNASA.

<sup>326</sup> Existem DSEI's que ultrapassam na delimitação de sua abrangência territorial, cinco estados da federação, é o caso da DSEI do Litoral Sul, representado no Mapa 01, como o nº 17, engloba os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro.

<sup>327</sup> Quando da elaboração, pela FUNASA, da Portaria nº 852/1999, foram feitas várias estudos e reuniões para que se delimitasse a respectiva área territorial de abrangência de cada distrito. Tal delimitação territorial deveria obrigatoriamente levar em consideração os seguintes critérios: população, área geográfica e perfil epidemiológico, distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, mesmo que não coincida com os limites de estados e municípios onde estão localizados as terras indígenas vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional; e a disponibilidades de serviços e recursos humanos e infra-estrutura (Art. 19-G § 2º, da Lei nº 9.836/1999; Art. 8º, § 3º, da Lei 3.156/1990 e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pela Portaria nº 254/2002). O que resultou na variação significativa de tamanho (dimensões geográfica) e composição étnica dos respectivos 34 DSEI's. Cf. Garnelo, Macedo e Brandão (2003, p. 55), “A divisão por unidades federadas não é congruente com a distribuição de terras indígenas que se constituem em unidades etno-territoriais que atravessam, por vezes, diversos estados e municípios, não obedecendo à lógica de geopolítica brasileira e os limites fronteiriços estabelecidos pelas leis do mundo não-indígena”. GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organiza Pan-Americano da Saúde, 2003.

O Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima tem sua sede administrativa na Coordenação Regional de Roraima – CORE – RR, da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, localizada no município de Boa Vista<sup>328</sup>, capital do estado de Roraima (art. 7º, da Constituição do Estado de Roraima de 31 de dezembro de 1991)<sup>329</sup>.

O Estado de Roraima<sup>330</sup>, que conta com a extensão territorial de 224.298.980 km<sup>2</sup> e população (estimada em 2007)<sup>331</sup> de 395.275 habitantes em todo estado. O estado se encontra, atualmente, constituído por 15 (quinze)<sup>332</sup> municípios, dentre os quais o município de Boa Vista, onde se localiza a sede da CORE-RR.

O município de Boa Vista possui extensão territorial de 5.117.35 km<sup>2</sup>, e atualmente sua população é de 249.853 habitantes (ano base 2007)<sup>333</sup>.

Demais municípios que compõem o estado de Roraima são: Alto Alegre, Amajari, Bonfim, Cantá, Caracará, Coroebe, Iracema, Mucajá, Normandia, Pocaraíma, São João da Baliza, São Luiz do Anauá e Uiramutã<sup>334</sup>.

O Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima, objeto de estudo, tem sua abrangência territorial delimitada, dentre os 15 (quinze) municípios que compõem o estado de

---

<sup>328</sup> Com a proclamação da República, em 1889, as províncias foram transformadas em Estados. O primeiro Governador do Amazonas, Tenente Augusto Ximenes de Villeroy, baixou Decreto Estadual nº 45, de 09 de julho de 1990, que estabelecia: “Artigo 1º - É elevada à categoria de vila, a Freguesia de Nossa Senhora do Carmo do Rio Branco, com denominação de Vila de Boa Vista do Rio Branco. Artigo 2º. O novo município, conservará os mesmos limites da antiga freguesia”. BRAGA, Olavo Viana. **Momentos da História de Roraima**. Manaus: Ed. Silva, 2002. p. 69. De 1890 a 1944 foi município do Estado do Amazonas e de 1944 a 1988 pertenceu ao Território Federal de Roraima, que em 1988 passou ao status de Estado da Federação. FREITAS, Aimberê. **Geografia e História de Roraima**. Boa Vista: DML, 2001. De acordo com a Lei Orgânica do Município, de 11 de julho de 1992 (BOA VISTA, 1992), em seu Art. 3º, estabelece que a sede do Município, fundada em 1830, tem o nome de Boa Vista e categoria de cidade. É a única capital de Estado da federação brasileira que se encontra totalmente localizada no hemisfério norte.

<sup>329</sup> RORAIMA. Constituição do Estado de Roraima, de 31 de dezembro de 1991.

<sup>330</sup> Através do Decreto nº 5.812, de 1943, o Presidente da República Getúlio Vargas, desmembrou parte do estado do Amazonas e criou o Território do Rio Branco. No ano seguinte, em 1994 toma posse o primeiro governador do território, Capitão Ene Garcez dos Reis, nomeado por Getúlio Vargas. Logo depois Boa Vista foi elevada à categoria de cidade e Capital do território do Rio Branco. O projeto de Lei nº 1.433 de 13 de setembro de 1962, muda o nome do Território Federal do Rio Branco para Território Federal de Roraima. Em junho de 1988, a Assembléia Nacional Constituinte aprova proposta de transformar os Territórios de Roraima e do Amapá em Estados da Federação, o que ocorreu com a promulgação em 05 de outubro de 1988 da Constituição Federal. SEBRAE. Série: **Diagnósticos Municipais**: Boa Vista, [s.d.]. p.11.

<sup>331</sup> < <http://www.ibge.gov.br/estadosat/pefil> >. Acesso em 27 de agosto de 2008.

<sup>332</sup> < <http://www.ibge.gov.br/estadosat/pefil> >. Acesso em 27 de agosto de 2008.

<sup>333</sup> < <http://www.ibge.gov.br/cidades/perfil> >. Acesso em 27 de agosto de 2008.

<sup>334</sup> < <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil> >. Acesso em 27 de agosto de 2008.

Roraima, a 10 (dez) destes municípios, quais sejam: Alto Alegre, Amajari, Boa Vista, Bonfim, Cantá, Coroebe, Normandia, Pacaraima, São Luiz e Uiramuntã (FUNASA, 2007-2008)<sup>335</sup>.

A estrutura de organização administrativa do Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima foi dividido em 09 (nove) Regiões que contam com 33 (trinta e três) Pólos-base, alcançando 283 (duzentos e oitenta e três) comunidades e dando cobertura a uma população de 34.696 índios, dentro dos 10 (dez) municípios que compõem o mencionado Distrito<sup>336</sup>.

As nove Regiões em que foi dividido o DSEI Leste - RR, e que compõem sua área de abrangência e atuação são, assim nomeadas: Serra, Surumu, São Marcos, Baixo Contigo, Raposa, Amajari, Taiano, Serra da Lua e Wai-Wai<sup>337</sup>.

O Plano de Trabalho, Ações Pactuadas (2007-2008, p. 2) faz a seguinte descrição da composição étnica do Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima;

Os povos indígenas que compõem o Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima pertencem às etnias Macuxi, Taurepang, Ingaricó, Patamana e Wai-Wai, da família lingüística Karib, e a etnia Wapixana, da família lingüística Aruak totalizando 34.696 pessoas distribuídas em 283 comunidades. [...]

A população das etnias Macuxi, Wapixana e Taurepang em sua grande maioria possui bom domínio da língua portuguesa; em algumas aldeias mais próximas aos centros urbanos existem pessoas que já não falam a língua indígena, e nas aldeias mais afastadas existe alguma dificuldade no uso da língua portuguesa. A população das etnias Ingaricó, Patamana e Wai-Wai se comunica preferencialmente na língua indígena, havendo poucos falantes da língua portuguesa. Nas aldeias localizadas na zona fronteira com a Guiana e a Venezuela encontram-se muitos falantes das línguas inglesa e espanhola<sup>338</sup>.

---

<sup>335</sup> Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Plano de Trabalho. Ações Pactuadas. Coordenação Regional de Roraima. Distrito Sanitário Especial Indígena do leste de Roraima: Conselho Indígena de Roraima. Versal Final, 2007-2008.

<sup>336</sup> Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Plano de Trabalho. Ações Pactuadas. Coordenação Regional de Roraima. Distrito Sanitário Especial Indígena do leste de Roraima: Conselho Indígena de Roraima. Versal Final, 2007-2008. p. 2.

<sup>337</sup> Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Plano de Trabalho. Ações Pactuadas. Coordenação Regional de Roraima. Distrito Sanitário Especial Indígena do leste de Roraima: Conselho Indígena de Roraima. Versal Final, 2007-2008. p. 02.

<sup>338</sup> Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Plano de Trabalho. Ações Pactuadas. Coordenação Regional de Roraima. Distrito Sanitário Especial Indígena do leste de Roraima: Conselho Indígena de Roraima. Versal Final, 2007-2008. p. 02. Tendo uma fonte, o Setor de Epidemiologia – CIR/Saúde- DSL/FUNASA/MS. 16/02/2007.

As nove Regiões que compõem o DSEI Leste-RR subdividem-se em 33 (trinta e três) Pólos-Base, com suas respectivas comunidades. São os seguintes os pólos-base que compõem o DSEI Leste-RR: Maturuca, Morro, Pedra Branca, Willimon, Caracanã, Caraparú I, Pedra Preta, Campo Formoso, Serra do Sol, compondo a Região das Serras; Cantagalo, São Camilo, Pedreiras, compondo a Região do Surumu; Câmara, Santa Maria, Constantino, São Francisco, compondo a Região do Baixo Contigo; Raposa I, Bismark, Matiri, Santa Cruz, compondo a Região Raposa; Ponta da Serra, Araçá, Santa Inês, compondo a Região do Taiano; Vista Alegre Milho, Roça, Sorocaima II, compondo a Região de São Marcos; Malacacheta, Manoá, Jacamim, compondo a Região da Serra da Lua; Jatapuzinho, compõe a Região Wai-Wai. Tais Pólos-Base, dentro das respectivas Regiões, alcançam o total dos 283 comunidades abrangidas pelo DSEI Leste-RR<sup>339</sup>.

O funcionamento segue a lógica operacional dos demais Distritos Sanitários Especiais Indígenas implantados em todo país. O Governo Federal, no caso a União<sup>340</sup>, é o responsável pela prestação das ações e serviços de saúde destinados aos povos indígenas em todo território nacional. Cumpre o seu dever através do Ministério da Saúde, que é o gestor do Sistema Único de Saúde (no âmbito da União)<sup>341</sup> e, portanto, também gestor do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (que é componente integrante do SUS)<sup>342</sup>, delegou sua execução a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA<sup>343</sup>.

A Fundação Nacional de Saúde executa tais funções através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, tendo como base as Coordenações Regionais – CORES. No caso

---

<sup>339</sup> A descrição com os nomes das respectivas comunidades e correspondentes dados populacionais, bem como o percentual da população que fala a língua portuguesa encontra-se descrito no referido Plano de Trabalho, Ações Pactuadas, 2007-2008, p. 2-3.

<sup>340</sup> Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, Art. 1º.

<sup>341</sup> Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Art. 9º.

<sup>342</sup> Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, Art. 19-B

<sup>343</sup> Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, Art.3º.

específico do Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima a sede administrativa, do mesmo é a CORE-RR<sup>344</sup>.

A Coordenação Regional de Roraima efetiva suas ações através de Parcerias e Convênios. As parcerias têm sido feitas com as respectivas prefeituras dos municípios onde se localizam os Pólos-Base e os Convênios tem sido feitos com o Conselho Indígena de Roraima - CIR<sup>345</sup>.

Na descrição feita pelo Plano de Trabalho, Ações Pactuadas (2007-2008, p. 14) da operacionalização das ações do Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima é dada da seguinte forma:

O Distrito Sanitário Indígena do Leste de Roraima – DSL está composto por 05 regiões administrativas, que se dividem em 33 pólos-base, totalizando 224 postos de saúde e 84 laboratórios de microscopia. As atividades são programadas no nível distrital em oficinas de trabalho para planejamento e avaliação envolvendo os coordenadores dos pólos-base e profissionais de saúde, com acompanhamento do conselho distrital; no nível regional as ações são planejadas e acompanhadas pelos conselhos locais de saúde; cada pólo-base conta com um coordenador de saúde que será responsável pela organização geral dos serviços nas comunidades em área de sua abrangência sob supervisão dos profissionais de sua área. [...] <sup>346</sup>.

Referido Plano de Trabalho nos dá a idéia geral de como estão sendo operacionalizadas as ações e serviços de saúde para os respectivos povos indígenas que compõem a área de abrangência territorial do Distrito Sanitário Especial do Leste de Roraima.

É bom lembrar que ainda compondo o fluxo organizacional do DSEI Leste-RR encontra-se localizada no município de Boa Vista, no caso, considerado um município de referência e juntando-se as demais unidades de referência do SUS, no estado de Roraima, a

Casa de Saúde do Índio de Boa Vista<sup>347</sup>.

<sup>344</sup> Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.776, de 08 de setembro de 2003, art 117, item 18.18-1 do Regimento Interno da FUNASA.

<sup>345</sup> Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Plano de Trabalho. Ações Pactuadas. Coordenação Regional de Roraima. Distrito Sanitário Especial Indígena do leste de Roraima: Conselho Indígena de Roraima. Versal Final, 2007-2008. p. 1.

<sup>346</sup> Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Plano de Trabalho. Ações Pactuadas. Coordenação Regional de Roraima. Distrito Sanitário Especial Indígena do leste de Roraima: Conselho Indígena de Roraima. Versal Final, 2007-2008. p. 14.

<sup>347</sup> Normativamente a Casa de Saúde do Índio de Boa Vista está vinculada administrativamente ao CORE-RR (Art. 117 do Regimento Interno da FUNASA, aprovado pela Portaria MS nº 1.776, de 08 de setembro de 2003),

As Casas de Saúde do Índio, considerando as especificidades de saúde da população indígena ao qual dá assistência, devem facilitar o acesso da população e um ou mais Distritos Sanitários, ao atendimento secundário e/ou terciário. Elas servem de apoio entre comunidades indígenas e a rede de serviços do Sistema Único de Saúde. A estrutura readequada das antigas Casas do Índio<sup>348</sup> não executam ações médico-assistenciais. São unidades de apoio dos Pólos-Base até a rede de referência do SUS. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002) a elas assim se refere:

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Pólos-Base deverão ser referenciadas rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena.

[...]

Deverão ser oferecidos, ainda serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde. Tais serviços prestados pela Casas de Saúde Indígena, localizadas em município de referência dos distritos a partir da readequação das Casas do Índio. Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar, e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados da informação sobre o caso<sup>349</sup>.

O modelo organizacional do DSEI Leste - RR obedece ao modelo assistencial descrito pela Legislação vigente e segue, em princípio, o modelo proposto pela FUNASA, (ver Figura 01, p. 129 do trabalho). Existem nas comunidades localizadas nos vários municípios do estado de Roraima, que compõe o DSEI Leste-RR, os Postos de Saúde, comprometidos com o atendimento de atenção básica de saúde. Através dos Agentes de Saúde Indígenas dos Postos de Saúde, são encaminhados para os Pólos-Base, considerados a primeira referência para os agentes indígenas que atuam nas comunidades. Para o modelo é nessa instância que, a maioria dos problemas devem ser resolvidos. Os Pólos-Base podem estar em comunidades ou em e faz parte do Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima.

<sup>348</sup> A Portaria Funasa nº 852, de 30 de setembro de 1999, em seu Art. 7º, parágrafo único, normatiza a respeito da Casa do Índio, subordinando-a aos Distritos Sanitários Especiais, onde houvesse, e determinando que sua direção é exercida por um Chefe e em seu art. 9º descreve suas respectivas incumbências.

<sup>349</sup> Ministério da Saúde Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, 2002. p. 15.

municípios de referências e devem dar cobertura à determinada população, adstrita àquela região onde se encontra localizado. Terão unidades básicas de saúde e contarão com atuação de Equipe Multidisciplinar, composta por Médico, Enfermeiro, Dentista e auxiliar de enfermagem. Não resolvido o problema nessa instância, são encaminhados à rede de referência do SUS.

Na execução das ações, através do CORE-RR, via FUNASA são realizadas, efetivadas através de convênios onde a financiadora é a própria FUNASA (que recebe da União, respectiva repasse de verbas, Art. 19-C, da Lei 9.836/1999). Necessário se faz a elaboração de um Plano de Trabalho apresentado a FUNASA e levado ao Conselho Distrital, fórum apropriado para respectiva avaliação (Art. 4º, inciso I, do Decreto nº 3.156/1999, em consonância com o Art. 3º, inciso I, da Portaria nº 852/1999) e recebendo conforme o caso, a devida aprovação.

No Plano de Trabalho deverão constar discriminadamente todas as ações e os recursos, os meios para alcançar a efetividade dessas ações, bem como o espaço de tempo em que as mesmas se desdobrarão.

Dentro desse contexto, no processo de execução, construção e planejamento é que ocorre efetivamente o chamado controle social dentro dos DSEI's. Tais procedimentos são atos contínuos, afinal, o que se constata é que a política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas não se encontra acabada, e sim num processo de construção desde sua aprovação, bem como nos quase dez anos de criação do Subsistema de Saúde Indígena, não estando plenamente efetivado, é a cada dia repensado e de certa forma reconstituído.

Exemplo dessas mudanças contínuas, desse repensar diariamente esse novo modelo de assistência, pode ser demonstrado, quando em maio de 2001, foi organizado o Encontro Macrorregional/Norte, no município de Manaus, capital do Estado do Amazonas.



O Encontro ocorreu entre os dias 07 a 11 de maio de 2001, teve como objetivo avaliar a implantação dos DSEI's, e objetivava possibilitar uma preparação dos delegados indígenas, de forma a conhecer melhor seus próprios distritos, na busca da identificação dos problemas fundamentais enfrentados pelos mesmos nos seus respectivos DSEI's. Foram convidados os 13 Distritos, e cada um tinha direito a enviar 02 (dois) delegados, com direito a fala e o voto. Representantes não-indígenas, como observadores, tinham direito a fala, mas não a voto. Ao final obtiveram a participação de 155 (cento e cinquenta e cinco) delegados de 55 (cinquenta e cinco) etnias. Na Apresentação do Relatório Final (2001), a Comissão Organizadora assim se pronunciou, sobre o Encontro e o resultado obtido,

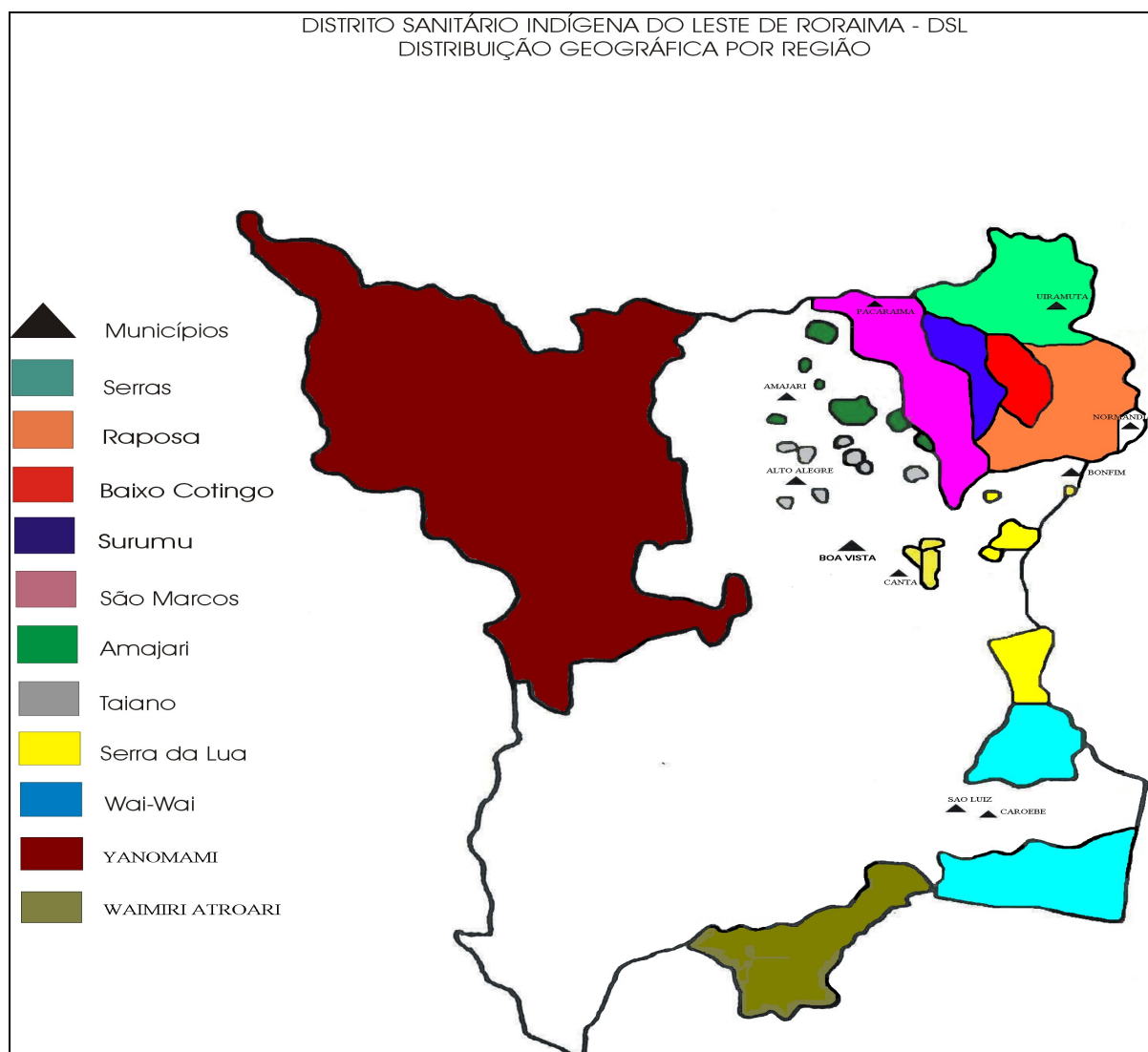
À parte da III CNSI, o Encontro Macrorregional foi a maior reunião regional de lideranças indígenas envolvidas no desenvolvimento e na gestão de serviços de saúde indígena. Em um momento inédito dez, dos doze organizações indígenas do país, conveniados com a Funasa pela gestão de programas de saúde, se reuniram na mesma mesa.

[...] 10 DSEI em oito estados trouxeram propostas que foram produzidas através de muita reflexão e debate. Em Manaus, os delegados, desenvolveram propostas consensuais, que foram consolidadas em um documento de propostas regionais de saúde.

[...] os povos indígenas da região norte Brasil puderam mostrar que são donos de uma política de saúde consolidada e séria e que têm a capacidade de desfrutar sua realização.

Dentro do próprio DSEI Leste - RR, podemos exemplificar essa construção e repensar diário, do atual modelo de assistência, quando avaliamos a elaboração dos Planos de Trabalho, Ações Pactuadas, modelo de gestão que deve ser observado na hora de executar as ações junto às comunidades indígenas. No ano de 2006, foram realizadas reuniões no conselho distrital e nos conselhos locais, para viabilizar a confecção de um Plano de Trabalho a ser executado no ano seguinte. Essa foi a origem do Plano de Trabalho do Convênio CIR-FUNASA para o período de 2007-2008, que passaremos a analisar no próximo tópico.

Vejamos, com o Mapa 02, a localização do DSEI Leste-RR, dentro do estado de Roraima, bem como a localização das nove regiões em que foi subdividido.



**Mapa 02.** Fonte: Fundação Nacional de Saúde, CORE-RR/2007

4.4.1 Análise do Plano de Trabalho, Ações Pactuadas: Período 2007-2008 do Distrito Especial de Saúde Indígena do Leste de Roraima sob a perspectiva do modelo teórico de conceituação jurídica das políticas públicas

O objetivo agora é fazer uma análise do Plano de Trabalho, Ações Pactuadas: Período 2007-2008, elaborado no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima,

que resultou na assinatura do Convênio CIR-FUNASA, identificando os traços fundamentais, elementos e fases da política pública que resultou no citado programa. Apontar seus objetivos, metas e os meios escolhidos na efetivação dessas fases e etapas, os direitos envolvidos na elaboração desse Plano de Trabalho, se houve ou não previsão de uma avaliação e fiscalização durante e depois da execução do mesmo. Portanto, avaliando-o vamos poder entendê-lo, à luz do modelo teórico para conceituação de política pública social utilizado neste trabalho, verificando a forma como se deu o seu direcionamento a uma categoria específica da sociedade brasileira, os povos indígenas.

A pergunta que nos fazemos é a seguinte: É o Plano de Trabalho, elaborado por um gestor de um direito social (a saúde), no caso a FUNASA (estabelecida através de convênio, como veremos), utilizando-se do suporte organizacional elaborado pelo Subsistema e operacionalizado pelos DSEI's, uma política pública?

Retomemos, portanto, a contextualização de políticas públicas até chegarmos a um conceito, subtraindo-se, daí, seus elementos e fases, para que possamos chegar a um entendimento ao qual nos propomos. Avaliar o Plano de Trabalho do DSEI Leste-RR, sob a perspectiva do modelo teórico do conceito jurídico de política pública aqui apresentado.

Os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais resultantes de diferentes momentos de lutas e conquistas da pessoa humana passaram a constar das Constituições dos Estados Nacionais. Tais direitos passam a ser protegidos pela comunidade internacional que reconhece as diversidades culturais e regionais. No plano local, os governos devem garantir o direito a todos os membros da sociedade de participar ativamente dos assuntos da comunidade em que vivem e garantir a participação na adoção de políticas em todos os níveis (SAULE JÚNIOR, 2001, p. 17)<sup>350</sup>.

---

<sup>350</sup> SAULE JÚNIOR, Nelson. **Políticas públicas locais- municípios e direitos humanos**. In: BUCCI, Maria Paula et alli. *Direitos Humanos e políticas públicas*. São Paulo: Polis, 2001.

A ausência ou insuficiência de políticas públicas, bem como a existência de circunstâncias e arranjos sociais que dificultam o acesso aos direitos sociais, criam sérios obstáculos ao exercício de todos os direitos humanos e fundamentais. Para que os direitos humanos não sejam violados, é necessária a adoção de medidas concretas, planejadas e bem definidas para a realização desses direitos. A relação existente entre políticas públicas e a realização de direitos, especialmente direitos sociais, é por isso direta, pois esses têm como núcleo essencial prestações positivas por parte de Estado. A garantia desses direitos está longe de se dar somente por meios da elaboração de leis, proibindo condutas lesivas. São necessárias leis, regulamentos e medidas públicas de promoção e fortalecimento desses direitos. Os direitos sociais, assim, somente podem ser realizados por meio de políticas públicas, que fixam de maneira planejada, diretrizes e os modos para a ação do Poder Público e da sociedade (ARZABE, 2001, p. 32)<sup>351</sup>.

A percepção evolutiva dos direitos humanos nos faz perceber que a fruição desses direitos é uma questão complexa e que demanda um aparato de garantias e medidas concretas do Estado, de forma a disciplinar o processo social, criando formas que neutralizem a força desagregadora e excludente da economia capitalista e que possam promover o desenvolvimento da pessoa humana. É a partir desse posicionamento que se conceitua políticas públicas como uma atividade composta de um conjunto de atos, decisões e normas de natureza heterogênea e submetidas a regimes jurídicos distintos. São programas de ações governamentais voltados a concretização de direitos e considerando a abrangência dos direitos fundamentais, toda política pública, que carrega em si um componente finalístico, de assegurar a plenitude do gozo da esfera de liberdade a todos e a cada um dos integrantes do povo, pode ser considerada política pública social. As políticas públicas funcionam como instrumentos de aglutinação de interesses em torno de objetivos comuns, onde se elege

---

<sup>351</sup> ARZABE, Patrícia Helena Massa. **Conselhos de direito e formulação de políticas públicas**. In: BUCCI, Maria Paula Dallari et alli. *Direitos humanos e políticas públicas*. São Paulo: Polis, 2001.

prioridades e ou fins, através de escolhas de meios mais adequados à sua consecução e que passam a estruturar uma coletividade de interesses. Toda política pública é um instrumento de planejamento, racionalização e de participação popular. Os elementos das políticas públicas são o fim da ação governamental, as metas nas quais se desdobram esses fins, os meios alocados para a realização das metas e, finalmente, os processos de sua realização (BUCCI, 2001, p. 13)<sup>352</sup>.

É dentro desse contexto e tendo como base o conceito de políticas públicas como sendo um programa de ação governamental resultante de um conjunto de processos disciplinados pelo direito, voltados à realização de fins socialmente relevantes e juridicamente determinados e que tal conceituação envolve os seguintes elementos: ação, coordenação, processo e programa, que analisaremos o Plano de Trabalho, Ações Pactuadas: Período 2007 – 2008. Identificando os traços fundamentais que envolveram a elaboração do mesmo pela Coordenação Regional da FUNASA, o Departamento de Saúde Indígena – DESAI/FUNASA que, em parceria, estabeleceram as bases do convênio com o Conselho Indígena de Roraima – CIR, e que, posteriormente, foi submetido à análise e aprovação pelo Conselho Distrital de Saúde.

Podemos indicar no Plano de Trabalho os seguintes elementos que o identificariam como uma política pública social:

Elemento ação, a política pública surge quando o Estado é incitado a agir, fato constatado no Plano de Trabalho quando o Governo Federal, a União, através da FUNASA (órgão executor das ações e serviços de saúde a serem prestadas aos povos indígenas), no caso, representada pela Coordenação Regional de Roraima – CORE-RR, constatando através de avaliações, estudos e análise detalhada do perfil epidemiológico das comunidades indígenas que compõem o DSEI Leste-RR.

---

<sup>352</sup> BUCCI, Maria Paula Dallari. **Buscando um conceito de políticas públicas para concretização dos direitos humanos**. In: \_\_\_\_\_ Direitos humanos e políticas públicas. São Paulo: Polis, 2001.

O agir do Estado se materializa num programa de ação governamental, que constitui um agir planejado, feito com base em estudo prévio, com a identificação dos problemas de saúde, apontando propostas concretas de ações, descrevendo as etapas para operacionalização das mesmas e delimitando em que período de tempo se propunha para atingir referidas metas.

A ação governamental, através da FUNASA, exige intervenção racional e planejada do poder público, com a efetiva participação da sociedade, tendo como objetivo geral a melhoria da qualidade de vida. Agindo em parceria com o DESAI, procedeu à identificação dos problemas e a determinação de metas a serem atingidas dentro de um determinado período de tempo. Tal procedimento constitui a primeira etapa na construção de uma política pública.

O elemento coordenação, que deve ocorrer nos vários níveis, Federal, Estadual e Municipal, no caso específico, Distrital e Local, e entre vários entes, governamentais e não governamentais, se faz necessário, ainda, para uma articulação das políticas públicas entre si.

No caso em estudo, Plano de Trabalho, Ações Pactuadas, identifica-se tal elemento nos seguintes momentos: no nível estadual – há um envolvimento do governo do Estado de Roraima, através da Secretaria de Estado da Saúde que mantém articulação com a Coordenação Regional de Roraima – CORE-RR, colocando à disposição cursos de capacitação em recursos humanos que atuam no DSEI Leste-RR, junto à Escola Técnica do SUS em Roraima – ETSUS-RR. Tal articulação concretizou-se através de cursos de Qualificação para os Agentes Indígenas, bem como cursos de Nível Técnico, oferecidos periodicamente pela ETSUS-RR, convênios de cooperação, onde foram fixados os compromissos e responsabilidades dos atores envolvidos. No nível Municipal, como forma de executar ações complementares, são repassados fundo-a-fundo (Ministério da Saúde e Secretaria de Atenção à saúde), para cada um dos municípios da área de abrangência do DSEI Leste-RR, para composição das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSIS. As

prefeituras entram oferecendo, em contrapartida, os custos de alimentação, insumos, deslocamento e manutenção.

Entre os entes não Governamentais apontamos o próprio Conselho Indígena de Roraima – CIR, que firmando convênio com a FUNASA, passa a ser o responsável para executar as ações pactuadas no Plano de Trabalho<sup>353</sup> ora elaborado.

No aspecto de implementação e desenvolvimento do Plano de Trabalho, a FUNASA através de Convênio, contratou o Conselho Indígena de Roraima – CIR, para que execute as ações e serviços ali pactuados.

Quanto ao aspecto de articulação da política pública proposta pelo Plano de Trabalho com as demais políticas desenvolvidas pelo próprio Governo do Estado e ou Prefeituras Municipais, já que a citada política governamental dedica-se a um Distrito Sanitário Indígena específico no caso o DSEI Leste-RR, mesmo assim envolve além da Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, outras Secretarias como as de Infra-Estrutura, relativamente a melhoria das vicinais que dão acesso às comunidades e municípios, a manutenção das estruturas físicas e de saneamento dos Pólos-bases e postos de saúde localizados nos respectivos municípios de abrangência do DSEI Leste-RR, Secretaria de Educação e Cultura, de Saúde, Políticas Fundiárias, de Meio Ambiente dentre outras. Envolve, também, a Prefeitura de Boa Vista, com suas respectivas Secretarias que estiverem diretamente ligadas as atividades fins do Plano de Trabalho e ainda a empresa Boa Vista Energia.

O elemento processo, como uma seqüência ordenada de atos em direção a um fim com objetivo de atingir metas, submetido ao contraditório (participação dos interessados), também esteve presente.

---

<sup>353</sup> Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Plano de Trabalho. Ações Pactuadas. Coordenação Regional de Roraima. Distrito Sanitário Especial Indígena do leste de Roraima: Conselho Indígena de Roraima. Versal Final, 2007-2008.

Identificamos no Plano de Trabalho tal seqüência ordenada de atos direcionados para um fim e objetivando atingir metas quando a Coordenação Regional de Roraima, mesmo antes de agir, contrata um órgão ou entidade para executar as ações e serviços de sua responsabilidade, realiza reuniões, no conselho distrital e nos conselhos locais, nas nove regiões que compõem o DSEI Leste – RR coordena duas Oficinas de Planejamento, com a participação dos coordenadores de saúde dos trinta e três pólos-base, presidentes dos conselhos locais e representantes de organizações indígenas. É com base em proposta que surgem de todos esses eventos na constatação das necessidades ali apuradas que delimitou e traçou seus objetivos e metas que ao final implica na melhoria da qualidade de vida dessas populações. Identificou os beneficiários e o resultado desejado pelo programa, formou parcerias com organismos governamentais e não governamentais, buscou financiamento e indicou as fontes de recursos.

Podemos apontar outro aspecto importante de uma política pública que vai ocorrendo continuamente durante a elaboração da mesma, sem ser necessário um momento estanque e específico para seu exercício. Durante a etapa das reuniões, oficinas, a comunidade vai simultaneamente sendo informada do que se pode ou não fazer, os dados atuais sobre o assunto tratado, no caso ações e serviços de saúde. Ou seja, são passadas informações (princípio da informação) que serão a base para tomada de posição, no caso, sua participação (princípio da participação da comunidade). Em assim agindo estão a exercer o efetivo controle social norteador de qualquer política pública social.

O elemento programa como último elemento identificador de uma política pública sendo este uma ação governamental resultante de opções políticas tomadas para a garantia de direitos, ou seja, escolha de prioridades sociais. Tal escolha acaba sendo sempre tomada junto à comunidade, já que a instância final de deliberação passa pela aprovação do Plano junto ao Conselho Distrital. Ao final, o que ali for deliberado, ganha um caráter de maior



aceitabilidade quando do retorno dessas ações e serviços lá elencados, já que foi a própria comunidade quem elegeu, dentre as propostas apresentadas pelo órgão gestor as mais próximas de suas necessidades locais.

Avaliemos agora o ciclo da política pública dentro do Plano de Trabalho, ciclo este que diz respeito às etapas de elaboração ou formulação, execução, fiscalização e controle e por fim a avaliação dessas políticas.

A elaboração contempla o planejamento, a realização de estudos multidisciplinares com objetivo de diagnosticar o problema e definir qual demanda deverá ser priorizada. Abrange ainda a fixação de objetivos e metas a serem alcançadas, bem como a escolha de meios adequados que devem servir de parâmetros para a execução da política desejada e por fim a previsão de recursos.

Como pode se constatar no Plano de Trabalho apresentado, estudos prévios foram feitos com seus respectivos diagnósticos do problema, objetivos foram fixados bem como que metas deveriam ser atingidas, num determinado espaço de tempo. Não faltou a previsão de recursos que são obtidos via Ministério da Saúde, financiado diretamente pela União, e nos casos das ações complementares em parceria com as prefeituras, a previsão do desembolso como contrapartida, pelo repasse recebido.

Na execução do Plano de Trabalho, onde se constata a concretização de uma política pública, deve-se observar os princípios, as diretrizes, os prazos e metas quantificadas no projeto. Vale ressaltar que a execução não se esgota com a prática de apenas um ato.

A execução demanda um conjunto heterogêneo de medidas do ponto de vista jurídico (Leis, Decretos, Regulamentos etc.), a exemplo, no caso específico do Plano de Trabalho foi criado todo um aparato normativo, anterior mesmo a sua elaboração, como a Lei n° 8.080/1990, Lei n° 8.142/1990, Decreto n° 3.156/1999, Lei n° 9.836/1990, Portaria n° 852/1999, Resolução n° 333/2003, dentre outras. No entanto vale ressaltar que recentemente

foram editadas duas Portarias da FUNASA, extremamente importantes, no caso descrito, elaboração de Planos para posterior pactuação através de Convênios, são elas, a Portaria n° 126, de 14 de fevereiro de 2008, que regulamenta o acompanhamento da execução física e financeira pela Coordenação Regional e Distrito Sanitário Especial Indígena, com a participação do Controle Social Indígena, na Celebração e Execução dos Convênios da Saúde Indígena; e a Portaria n° 293, de 07 de abril de 2008, que estabelece critérios para celebração de convênios com entidades governamentais e não governamentais para execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas.

Quanto à avaliação da política pública, que tem como objetivo verificar o impacto político, se os objetivos previstos estão sendo obtidos, bem como se há uma relação adequada entre os meios e os fins dessa política, a mesma pode se dar através de vários métodos. Identificamos, junto ao Plano de Trabalho, que essa avaliação acontece no momento em que ocorre a reunião de Pactuação do Convênio, hora em que são abordados os aspectos do plano anterior e é feito uma avaliação dos objetivos e metas atingidos e as não concretizadas. Mas podemos apontar como uma deficiência, a não elaboração por parte da CORE-RR, de um documento que preste contas do plano anterior, fazendo referência ao mesmo apenas de maneira geral na Reunião de Pactuação do novo plano.

Relativamente ao fator Fiscalização e controle, que avalia elementos que propiciem o controle social e jurisdicional das políticas públicas, seja através da sociedade civil organizada, compondo conselhos de saúde, conselhos tutelares, conselhos ambientais, ou mesmo, atuando em Audiências Públicas, bem como através da efetiva atuação do Ministério Público, passam a exercer importante papel na fiscalização das políticas públicas.

No caso específico do Plano de Trabalho, de acordo com a legislação anteriormente citada, prevendo a instituição dos respectivos Conselhos Locais e Conselho Distrital, que em última instância, por quem foi aprovado o referido Plano de Trabalho, respeitando preceitos

normativos (Art. 8º, § 4º, inciso I, do Decreto nº 3.156/1999 em consonância com o Art. 3º inciso I, da Portaria nº 852/1999, que prevê como atribuição do Conselho Distrital aprovar o Plano Distrital). Quanto à supervisão e o acompanhamento da execução do Plano os mesmos cabe, principalmente, aos dois Conselhos supramencionados. No entanto, como foi dito novos instrumentos normativos têm surgido como forma de fiscalização do mesmo. Mas é evidente que a participação não pode ser medida apenas pelas atividades dos índios nos diversos conselhos de saúde, ela deve ser entendida como o envolvimento de toda a comunidade nos diversos programas que o Plano de Trabalho contempla, durante a execução do mesmo no período de tempo pré-determinado, no caso 2007-2008.

Do que foi exposto, pode-se concluir que o Plano de Trabalho, Ações Pactuadas: Período 2007-2008, identifica-se como uma política pública, com objetivo maior de promover melhoria da qualidade de vida das comunidades indígenas abrangidas pelo DSEI Leste-RR, que através de Convênio firmado com a organização CIR, prestará ações e serviços que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio bio-psico-social, o reconhecimento e complementariedade das práticas tradicionais da medicina indígena, respeitando as peculiaridades e o perfil epidemiológico de cada comunidade, na área de abrangência do referido convênio. Todos os elementos descritos pela doutrina para identificação de uma política pública estão ali contemplados, conforme apontamos ponto a ponto.

Quanto à questão de o mesmo ter como base normativa um convênio, encontramos o posicionamento doutrinário apontado pela possibilidade de sua ocorrência. Vejamos o que dizem Maria Paula Dallari Bucci (2006, p. 11) e Patrícia Helena Massa-Arzabe (2006, p. 32), respectivamente,

As políticas públicas têm distintos suportes legais. Podem ser expressas em disposições constitucionais, ou em leis, ou ainda em normas infralegais, como

decretos e portarias e até mesmo em instrumentos jurídicos de outra natureza, como contratos de concessão de serviços públicos por exemplo<sup>354</sup>. É bastante comum a conformação de políticas por meios de decretos, resoluções, portarias, identificam-se elementos caracterizadores de uma política até mesmo no corpo de contratos e convênios administrativos, [...] <sup>355</sup>.

Portanto, tomando como referência doutrinária as posições acima citadas, o Plano de Trabalho, Ações Pactuadas: Período 2007-2008 é sim uma política pública. A princípio foi política e administrativamente bem elaborado e planejado, envolvendo muitos e complexos princípios e direitos a serem implementados, tais como os relativos à saúde e alimentação, especificamente e, de modo mais abrangente, a moradia, trabalho, renda, lazer e meio ambiente.

Apenas um Plano pode não traduzir uma política pública, mas a complexidade de programas que envolvem referido plano, coordenados dentro de um conteúdo maior, com o objetivo de atingir metas, num determinado período de tempo, lhe daria o caráter de política pública. A elaboração de legislações, convênios e ações pactuadas, a contratação de órgãos especializados com finalidades específicas, tudo isso é parte do complexo de medidas que fazem parte de uma política pública. Tudo feito de forma política e administrativamente correta. Reuniões de Conselhos de Saúde Locais e Distrital foram realizadas, as Secretarias Estaduais e Municipais se articularam entre si, propiciando a implementação de um maior número possível de direitos, metas e ações a serem atingidas.

Dentre as ações que poderiam se desenvolver no marco das estratégias legais indiretas ou procedimentais destacam-se, entre outras, as que buscam o acesso e a produção de informação pública. O direito à informação constitui um instrumento imprescindível para tornar efetivo o controle cidadão das políticas públicas na área econômica e social, da mesma forma que contribui para a vigilância, por parte do próprio Estado, do grau de efetividade dos

---

<sup>354</sup> BUCCI, Maria Paula Dallari. **Buscando um conceito de políticas públicas para concretização dos direitos humanos**. In: \_\_\_\_\_ Direitos humanos e políticas públicas. São Paulo: Polis, 2001.

<sup>355</sup> ARZABE, Patrícia Helena Massa. **Conselhos de direito e formulação de políticas públicas**. In: BUCCI, Maria Paula Dallari et alli. Direitos humanos e políticas públicas. São Paulo: Polis, 2001.

direitos econômicos, sociais e culturais. O Estado deve dispor dos meios necessários para garantir o acesso à informação pública em condições de igualdade, mas que sejam condizentes com a realidade, ou seja, fidedignas.

A responsabilidade, quanto ao controle pelo não cumprimento das políticas públicas é do próprio Estado. A aplicação de norma constitucional ou norma infraconstitucional, quanto à política pública já está delineada na constituição, embora esbarre na discricionariedade da administração quanto à escolha de prioridades, será reduzida e deverá ser compartilhada com as comunidades indígenas, que têm o direito de intervir no processo. Vale ressaltar que os atos do poder público, operacionalizados via CORE-RR, visando à implementação de política pública não são diferentes dos demais atos administrativos e essa discricionariedade não pode fugir dos princípios da legalidade e da finalidade que se impõe ao administrador. A obrigação de cumprir as normas constitucionais de ordem social insere-se dentre as prioridades do Estado Social, devendo ser obedecida pelo administrador, na implementação de respectivas políticas públicas.

A Constituição é uma opção política, a interpretação de seus valores, princípios e normas deve incorporar os próprios valores que regem a sociedade. (FRISCHEISEN, 2000, p. 104)<sup>356</sup>.

A sociedade em que vivemos é extremamente plural em suas demandas e necessidades. A própria ordem jurídica passa a ser elaborada, realizada, interpretada e aplicada por diversos grupos, órgãos e instituições, implicando em uma reinterpretação do princípio da separação dos poderes, com transformações na atuação dos Poderes Executivo e Judiciário, resultando na introdução de novos atores, a exemplo do Ministério Público, além da previsão do aprofundamento da participação democrática. Não podemos esquecer que as ações e serviços de saúde são de relevância pública (Art. 197, da Constituição Federal de

---

<sup>356</sup> FRISCHEISEN, Luiza Cristina Fonseca. **Políticas públicas – a responsabilidade do administrador e o Ministério Público**. São Paulo: Max Limonad, 2000. p. 104.

1988). A constitucionalização dos direitos sociais dá conseqüentemente aos cidadãos o direito de cobrar do Estado a implementação de tais direitos e institui o dever da administração de implementá-los através de políticas públicas sociais.

As políticas públicas demandam gerenciamento do Estado e sua implementação deve procurar a parceria da sociedade civil. O administrador, ao escolher políticas públicas que deve aplicar é, na maioria das vezes, pressionado por diversos setores da sociedade civil que demandam interesses de um grupo ou classe e não de toda coletividade. A complexidade dessa atividade da administração e a necessidade de sua fiscalização exigem a criação de órgãos e instituições de controle, como forma de um aprofundamento do processo democrático. Nesse cenário a Constituição Federal apresenta a atuação do Ministério Público como instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, bem como zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública (respectivamente, art. 127 e art. 129, inciso II, da Constituição Federal de 1988). O papel do Ministério Público está claro como defensor da Lei e dos interesses sociais, devendo zelar pela efetiva implantação das políticas públicas que visem à concretização da ordem social constitucional. (FRISCHEISEN, 2000, p. 116)<sup>357</sup>.

---

<sup>357</sup> FRISCHEISEN, Luiza Cristina Fonseca. **Políticas públicas – a responsabilidade do administrador e o Ministério Público**. São Paulo: Max Limonad, 2000. p. 104.

## Conclusão

Na peculiar evolução da saúde como um direito de todos, foram dois os fatos que deram impulso para sua concretização: o Movimento da Reforma Sanitária e a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

O marco inicial que reconhece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, no Estado brasileiro, foi a Constituição Federal de 1988, resultante das reivindicações da Reforma Sanitária e da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que instituiu um novo sistema: Sistema Único de Saúde.

O novo modelo de assistência era organizado através do Sistema Único de Saúde, sistema que até hoje se encontra em construção. Não se pode negar o avanço que o mesmo significou, principalmente comparado aos modelos de assistência de saúde anteriores, mas, ainda, encontra-se caminhando para sua plena efetivação.

Enquanto entendermos que a saúde, como um todo, é providenciada apenas pelas ações e recursos financeiros do Ministério da Saúde, essa efetivação fica comprometida. Para que o novo sistema seja vitorioso são necessárias ações interministeriais. Ações que envolvam demais ministérios que compõem o Governo, nas várias esferas administrativas.

As políticas públicas, objeto de concretização dos direitos sociais, dentre os quais a saúde, necessita de ações interdisciplinares e interministeriais, desde o planejamento até sua execução. Afinal sabemos que a saúde não é só ausência de doença, pois de acordo com o próprio Sistema Único de Saúde, são fatores determinantes e condicionantes de saúde, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais.

A aplicação do princípio da universalização ao direito à saúde foi um grande avanço para a sociedade nacional, mas outro preceito constitucional merece ser observado quando se tem em mente a efetivação de direitos sociais, é o respeito à composição plural do Estado brasileiro, ou seja, o respeito à diferença existente dentro da sociedade nacional.

A Constituição Federal de 1988 não só inovou em relação ao direito à saúde, inovou também, no reconhecimento da pluralidade do Estado brasileiro, no reconhecimento da diferença. Dentro do Estado plural, como é o brasileiro, os povos indígenas são grande expressão dessa diversidade étnico-cultural, compondo a sociedade nacional. Bem como reconheceu aos povos indígenas direitos a eles antes nunca contemplados.

Com o reconhecimento dessa pluralidade e dessas diferenças, passaram os povos indígenas a assumir sua condição de sujeitos de sua própria história, saindo da antiga invisibilidade e começaram a exigirem direitos. Passaram a reivindicar uma forma diferenciada de políticas públicas direcionadas as suas novas demandas. Os fóruns internacionais lhes davam o respaldo necessário para mudanças de hábitos, a participação.

Resultado das reivindicações nasce o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, como componente do Sistema Único de Saúde, e que passou a oferecer ações e serviços de saúde através dos também, criados Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Os DSEI's, foi a forma encontrada pelos não-indios, com a colaboração dos índios de tentar efetivar essa prestação de serviços diferenciada, com o devido respeito as suas especificidades étnicas e culturais. É esse um dos princípios norteadores dos DSEI's.

Enquanto se construía referido Subsistema, a execução das ações e serviços de saúde dos povos indígenas ficou sob a responsabilidade, ora da FUNASA, ora da FUNAI, que pela descontinuidade apresentavam-se como serviços de baixa qualidade e efetividade. Na disputa política para decidir que executaria citadas ações e serviços, que ocorria entre os dois órgãos governamentais, a maior perda se deu para os povos indígenas.



A partir da criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, inicia-se o processo de construção dessa política pública nova e diferenciada. Legislações foram sendo editadas considerando e respeitando sempre as necessidades específicas de cada um desses povos e de acordo com cada fase de estruturação do Subsistema e dos respectivos DSEI's, que guardam suas peculiaridades.

Foram instituídos fóruns de participação e construção dessas políticas públicas sociais. Para o funcionamento do Subsistema é imprescindível a participação dos povos indígenas em todas as etapas de construção dessas políticas específicas. As Conferências Nacionais de Saúde Indígena, os Conselhos Distritais e os Conselhos Locais de Saúde são atualmente os maiores e melhores espaços de lutas e construção de políticas públicas.

Temos que ter em mente que necessitamos reconquistar direito, principalmente nos moldes de uma democracia participativa, como se diz ser a nossa. Mas essa participação não se esgota com a simples participação em Conselhos de Saúde e/ou na eleição direta de representantes para os demais casos de representatividade.

A Constituição Federal de 1988 retira de vez, do âmbito legal, a política integracionista aos quais estavam submetidos os índios, passando os mesmos a ter o direito de serem respeitados nas suas diferenças étnicas e culturais e de auto-organização.

Com tudo isso, os povos indígenas continuam sendo tratados indistintamente como iguais, apesar de sua diversidade étnico-cultural, amplamente constatada. O procedimento administrativo de demarcação das Terras Indígenas não foi concluído.

Infelizmente o que se observa é que o Estado, com todo esse aparato normativo já instituído, por um motivo ou outro, de natureza organizacional, orçamentário ou político, não consegue por em prática os direitos indígenas constitucionais mínimos.

Dispositivos constitucionais deverão ser regulamentados em legislação específica, que atualmente ainda é o Estatuto do Índio de 1973, que em sendo utilizado nos aspectos em que

não ferem a atual Carta Magna. Encontra-se no Congresso Nacional, desde 1991, Projeto de Lei que versa sobre um novo Estatuto das Sociedades Indígenas, que ainda não foi apreciado.

O que demonstra a dificuldade da sociedade nacional em admitir e respeitar o direito à diferença, constitucionalmente previsto e, portanto garantir o direito a auto-determinação e a diversidade cultural dos povos indígenas perante o Estado. No dia-a-dia desses povos, essa legislação que avançou bastante nesses 500 anos, mas que continua com dificuldade de ser efetivamente garantida.

Hoje o problema dos direitos indígenas não consiste mais no seu reconhecimento jurídico, mas em sua aplicação real aos casos concretos.

Documentos Internacionais, nesse sentido, a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho, embora não destoante do que já vem sendo aplicados, através das normas nacionais, tem servido mais como base para que os povos indígenas mobilizem novas e fortes pressões internacionais, fazendo em alguns casos com que os direitos indígenas, consagrados na legislação interna, sejam levados mais a sério e conseqüentemente mais respeitados.

## Referências Bibliográficas

AITH, Fernando. **Políticas públicas de Estado e de governo: instrumentos de consolidação do Estado Democrático de Direito e de promoção e proteção dos direitos humanos**. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

\_\_\_\_\_. **Curso de Direito Sanitário – a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de. **Terra de quilombo, terras indígenas, “babaçuais livres”, “castanhais do povo”, faxinais e fundos de pasto: terras tradicionalmente ocupadas**. Manaus: PPGSCA-UFAM, 2006.

ARZABE, Patrícia Helena Massa. **Conselhos de direitos e formulação de políticas públicas**. In: BUCCI, Maria Paula Dallari et alli. Direitos Humanos e Políticas Públicas. São Paulo: Pólis, 2001.

BALSEMÃO, Adalgiza. **Competências e rotinas de funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil**. In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito sanitário e saúde pública/ Ministério da Saúde, Secretária de Gestão e Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BARRETO, Helder Girão. **Direitos Indígenas – vetores constitucionais**. 1ª ed. 4ª tir. Curitiba: Juruá, 2006.

BARROS, Elizabeth. In: 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de novembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. < <http://www.saúde.gov.br/conferencias>>. Acesso em 05 de maio de 2008.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 14º edição. São Paulo: Malheiros Editores, 2004.

BRAGA, Olavo Viana. **Momentos da História de Roraima**. Manaus: Ed. Silva, 2002.

**Constituição Federal**. Emílio Sabatovski, Iara Fontoura. 12º edição. Curitiba: Juruá, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, Rio Quente – GO, 27 a 31 de março de 2006: relatório final**. Brasília: Funasa, 2007.

\_\_\_\_\_ **Projeto de Lei n° 2.057, de 1991. Projeto de Estatuto das Sociedades Indígenas.** Diário do Congresso Nacional (Seção I), de 09 de novembro de 1991, p. 22522-29.

\_\_\_\_\_ **Decreto n° 4.645, de 25 de março de 2003.** Aprova o Estatuto da Fundação Nacional do Índio – FUNAI. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_ **Decreto n° 1.141, de 19 de maio de 1994.** Dispõe sobre as ações de proteção ambiental e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_ **Decreto n° 3.156, de 27 de agosto de 1999.** Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema único de Saúde, pelo Ministério da Saúde. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_ **Decreto n° 4.727, de 09 de julho de 2003.** Aprova Estatuto da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_ **Decreto n° 26/91.** Dispõe sobre a educação indígena no Brasil. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_ **Decreto n° 5.051, de 19 de abril de 2004.** Promulga a Convenção n° 169 da OIT sobre os povos indígenas. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_ **Decreto n° 2.519, de 16 de março de 1998.** Promulga a Convenção sobre Diversidade Biológica. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_ **Lei n° 5.371 de 05 de dezembro de 1967.** Autoriza a instituição da Fundação Nacional do Índio. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_ **Lei n° 6.001, de 19 de dezembro de 1973.** Dispõe sobre o Estatuto do Índio. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_ **Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei Orgânica da Saúde. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_ **Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade e transferências intergovernamentais. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_ **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999.** Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19/09/90, que “dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_ **Portaria nº 542, de 21 de dezembro de 1993.** Aprova Regimento Interno da Fundação Nacional do Índio – FUNAI. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_ **Portaria nº 1.163, de 14 de setembro de 1999.** Dispõe sobre a responsabilidade na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_ **Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999.** Cria os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_ **Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002.** Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_ **Portaria nº 1.776, de 08 de setembro de 2003.** Aprova o Regimento Interno da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_ **Portaria nº 70, de 20 de janeiro de 2004.** Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_ **Portaria nº 644, de 27 de março de 2006.** Institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

\_\_\_\_\_ **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

\_\_\_\_\_ **Portaria nº 2.656, de 17 de outubro de 2007.** Dispõe sobre a responsabilidade na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos da Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.

\_\_\_\_\_ **Portaria nº 126, de 14 de fevereiro de 2008.** Regulamenta o acompanhamento da execução física e financeira pela Coordenação Regional e Distrito Sanitário Especial Indígena, com a participação do Controle Social Indígena, na Celebração e Execução dos Convênios da Saúde Indígena.

\_\_\_\_\_**Portaria n° 293 de 07 de abril de 2008.** Estabelece critérios para celebração de convênios com entidades governamentais e não governamentais para execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas.

\_\_\_\_\_**Resolução n° 333, de 04 de novembro de 2003.** Aprova as diretrizes para o funcionamento dos Conselhos de Saúde. In: MAGALHÃES, Edvard Dias (org.). Legislação indigenista brasileira e normas correlatas. 3ª ed. Brasília: FUNAI/CGDOC, 2005.

\_\_\_\_\_**Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Direito Sanitário com enfoque na vigilância em saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.**

\_\_\_\_\_**Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Direito Sanitário e Saúde Pública. Coletânea de Textos. 2003. Márcio Iorio Aranha (Org.) - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.**

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Buscando um conceito de políticas públicas para concretização dos direitos humanos.** In: \_\_\_\_\_. Direitos Humanos e Políticas Públicas. São Paulo: Pólis, 2001.

\_\_\_\_\_**O conceito de política pública em direito.** In: \_\_\_\_\_. Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) Sistema Único de Saúde.** 2ª ed. atual. E ampl. São Paulo: Editora Huciec, 1995.

CASTRO, Eduardo Viveiros de. **Indianidade.** In: Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005 [editores gerais Beto Ricardo e Fany Ricardo]. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

CASTRO, Marcus Faro de. **Dimensões políticas e sociais do Direito Sanitário Brasileiro.** In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito sanitário e saúde pública. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COLAÇO, Thaís Luzia. **Os “novos” direitos indígenas.** In: WOLKMER, Antônio Carlos; LEITE, José Rubens Morato. Os “novos” direitos no Brasil: natureza e perspectivas: uma visão básica das novas conflituosidades jurídicas. São Paulo: Saraiva, 2003.

**Conferência das Nações Unidas sobre o meio ambiente e desenvolvimento. Agenda 21** (1992: Rio de Janeiro). Belém: Ministério Público do Estado do Pará, 2000.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Implementação do direito à saúde.** In: CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) Sistema Único de Saúde. 2ª ed. São Paulo: Editora Itucitec, 1995.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Organização jurídica da administração pública em saúde.** In: ROZENFELD, S. (org.). Fundamentos da vigilância sanitária. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

\_\_\_\_\_. In: AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário – a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

DANTAS, Fernando Antonio de Carvalho. **Humanismo latino: o Estado brasileiro e a questão indígena**. In: MEZZARROBA, Orides (org.). *Humanismo latino e o estado no Brasil*. Florianópolis: Fundação Boiteux: [Treviso]: Fondazione Cassamarca, 2003.

Declaração de Duban, de 31 de agosto a 08 de setembro de 2001. < <http://www.Ippuerj.net/olped /documentos/1693.pdf> >. Acesso em 10 de agosto de 2008.

DIAS, Isaias Costa. **Consumidor e Saúde, frente a frente**. Goiânia: Editora Kelps, 2000.

**Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia/Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

**Documentos Internacionais**. In: ARANHA, Márcio Iorio; TOJAL, Sebastião Botto de Barros. (orgs.). *Curso de especialização em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal*. Universidade de Brasília, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ/REFORSUS, Ministério da Saúde. [s.d.]. p. 563-565.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil**. In: ARANHA, Márcio Iorio; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (orgs.). *Curso de Especialização em direito sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal*. Universidade de Brasília, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ/REFORSUS, Ministério da Saúde, [s.d.].

Encontro Macrorregional Norte de Saúde dos Povos Indígenas. **Relatório Final**. Manaus, 07 a 11 de maio de 2001.

FONSECA, Osório; BARBOSA, Walmir; MELO, Sandro. **Manual de Normas para elaboração de Monografias, Dissertações e Teses**. Manaus: Governo do Estado do Amazonas, 2005.

FREITAS, Aimberê. **Geografia e História de Roraima**. Boa Vista: DML, 2001.

FRISCHEISEN, Luiza Cristina. **Políticas Públicas - A responsabilidade do administrador e o Ministério Público**. São Paulo, Max Limonad, 2000.

GARNELO, Luiza, MACEDO, Guilherme; BRANDÃO; Luiz Carlos. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **Políticas de Saúde Indígena na Amazônia: Gestão e contradições**. In: SCHERER, Elenise; OLIVEIRA, José Aldemir de (orgs.). Rio de Janeiro: Garamond, 2006

KLEBA, Maria Elisabeth. **Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento**. Chapecó: Argos, 2005.

LANGDON, Esther Jean. **Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre a antropologia e profissionais de saúde**. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO,

Luiza (orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Contra Capa Livraria/ associação Brasileira de Antropologia: Rio de Janeiro, 2004.

LEFF, Henrique. **Saber Ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder**. Tradução de Lúcia Mathilde Endlich Orth. Petrópolis – Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 2001.

LEITÃO, **Direitos Culturais dos Povos Indígenas**. In: SANTILLI, Juliana (coord.). Os direitos indígenas e a constituição. Porto Alegre: NDI: Fabris, 1993. Ana Valéria N. Araújo. **Direitos Culturais dos Povos Indígenas**. In: SANTILLI, Juliana (coord.). Os direitos indígenas e a constituição. Porto Alegre: NDI: Fabris, 1993.

MAIA, Luciano Mariz. **A proteção das minorias no direito brasileiro**. In: Seminário Internacional as minorias e o direito (2001: Brasília)/ Conselho de Justiça Federal, Centro de Estudos Judiciários; AJUFE; Fundação Pedro Jorge de Mello e Silva; The British Council. Brasília: CJF, 2003.

MAUÉS, Antônio G. Moreira; SIMÕES, Sandro Alex de Souza. **Direito Público Sanitário Constitucional**. In: ARANHA, Márcio Iorio; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (orgs.). Curso de especialização à distância em direito sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Universidade de Brasília, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ/REFORSUS, Ministério da Saúde, [s.d.].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Boletim Informativo da 13ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília. Agosto de 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Plano de Trabalho. Ações Pactuadas. Coordenação Regional de Roraima. Distrito Sanitário Especial Indígena do leste de Roraima: Conselho Indígena de Roraima. Versal Final, 2007-2008.**

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais**. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

\_\_\_\_\_. **SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde**. In: Revista IESUS, VII(2), Abr/Jun, 1998.

PIOVISAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 7ª. ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Saraiva, 2006.

**Povos Indígenas no Brasil: 2001-2005/** [editores gerais Beto Ricardo e Fany Ricardo]. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006.

SATOVSKI, Emílio; FONTOURA, Iara. **Constituição Federal de 1988**. 12ª ed. Curitiba: Juruá, 2006.

SANTOS FILHO, Roberto Lemos dos. **Apontamentos sobre o direito indigenista**. 1ª ed. 4ª tir. Curitiba: Juruá, 2008.

SANTOS, Lenir. **Saúde do trabalhador. Conflito de competência: União, Estados e Municípios interface Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e**



**Ministério da Previdência e Assistência Social.** Estudo desenvolvido para o Conselho Nacional de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde-Representação no Brasil: Brasília, 2000.

SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JÚNIOR, Carlos Eduardo A. **Cenários e tendências da saúde e a epidemiologia dos povos indígenas no Brasil.** In: COIMBRA JÚNIOR, Carlos Eduardo A. (org.). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/ABRASCO, 2003.

SEBRAE. Série: **Diagnósticos Municipais:** Boa Vista, [s.d.].

Seminário Internacional as minorias e o direito (2001: Brasília)/ Conselho da Justiça Federal, Centro de Estudos Judiciários; AJUFE; fundação Pedro Jorge de Mello e Silva; The British Council. Brasília: CJF, 2003.

SHIRAIISHI NETO, Joaquim. **Leis do babaçu livre: práticas jurídicas das quebradeiras de coco babaçu e normas correlatas.** Manaus: PPGSCA – UFAM/Fundação Ford, 2006.

\_\_\_\_\_. **O Pluralismo como valor fundamental, a co-oficialização das línguas Nheêgatu, Tukano e Baniwa à Língua Portuguesa no município de São Gabriel da Cachoeira, Estado do Amazonas.** In: ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de (Org.). Terra das línguas: Lei Municipal de Oficialização de Línguas Indígenas. São Gabriel da Cachoeira, Amazonas. Manaus: PPGSCA-UFAM/FUND. FORD, 2007.

SILVA, José Afonso da. **Comentário Contextual à Constituição.** 2º edição. São Paulo: Malheiros Editores, 2006.

SOUZA FILHO, Carlos Frederico Marés. **Espaços ambientais protegidos e unidades de conservação.** Curitiba: Editora Universitária Champagnat, 1993.

\_\_\_\_\_. **A Função social da terra.** Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2003.

\_\_\_\_\_. **O renascer dos povos indígenas para o direito.** 1ª ed. 5ª tir. Curitiba: Juruá, 2006.

SUESS, Paulo. **Em defesa dos Povos indígenas. Documentos e Legislação.** Editora Loyola: São Paulo, 1980.

TOJAL, Sebastião Botto de Barros. **A Constituição dirigente e o direito regulatório do Estado Social: o direito sanitário.** In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito sanitário e saúde pública. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

< <http://www.saúde.gov.br/historia>>. Acesso em 05de julho de 2008.

< <http://www.saúde.gov.br/confrencias>> . Acesso em 05 de maio de 2008.

< <http://www.funasa.gov.br/noticias>>. Acesso em 24 de julho de 2008.

< <http://www.ipp-uerj.net/olped/documentos/1693.pdf>>. Acesso em 10 de agosto de 2008.

< <http://www.funasa.gov.br/sitefunasa/ind>> . Acesso em 31 de outubro de 2007.

< <http://www.funasa.gov.br/ind> >. Acesso em 31 de outubro de 2007.

< <http://www.funasa.gov.br/bibliotecavirtual> >. Acesso em 29 de novembro de 2007.

< <http://www.ibge.gov.br/estadosat/pefil> >. Acesso em 27 de agosto de 2008.