

Saúde indígena: a bioética como instrumento de respeito às diferenças

Mario Roberto Castellani ¹, Miguel Ângelo Montagner ²

Resumo

A atenção à saúde indígena, desde 1999, é organizada em um modelo de atenção diferenciado, o Subsistema de Saúde Indígena, que passa por alterações de gestão que vêm colocando em risco a especificidade dessas ações. A partir da análise da legislação e breve contextualização histórica, este trabalho apresenta, a partir da bioética, argumentos em defesa da política de atenção diferenciada aos indígenas. Os conceitos que embasaram a argumentação reportam-se à *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, bem como a diferentes autores que trabalham com a perspectiva social e pluralista em bioética, buscando no diálogo a resolução democrática dos conflitos.

Palavras-chave: Bioética. Saúde de populações indígenas. Saúde coletiva. Política de saúde. Direitos humanos.

Resumen

Salud indígena: la bioética como instrumento de respeto a las diferencias

La atención a la salud indígena, desde 1999, está organizada en un modelo diferenciado de atención: el Subsistema de Salud Indígena, el cual sufre alteraciones de gestión que han puesto en riesgo la especificidad de esas acciones. A partir del análisis de la legislación y de un breve contexto histórico, este trabajo presenta, a partir de la bioética, argumentos defendiendo la política de atención diferenciada a los indígenas. Los conceptos que sirvieron de base a los argumentos hacen referencia a la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, así como a diferentes autores que trabajan con la perspectiva social y pluralista en bioética, buscando en el diálogo la resolución democrática de los conflictos.

Palabras-clave: Bioética. Salud indígena. Salud pública. Política de salud. Derechos humanos.

Abstract

Bioethics and indigenous health: an old and provocative case

Since 1999, indigenous health is organized based on a different model of health care – the Subsystem for Indigenous Health, which is currently undergoing through changes in its management, jeopardizing the specificity of its actions. From the analysis of legislation and brief historical background, this paper argues in favor of policy attention specific to the natives by the perspective of bioethics. The concepts that support the arguments relate to the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, as well as different authors that work with social and pluralistic bioethics, and seek dialogue in order to obtain democratic resolution of conflicts.

Key words: Bioethics. Indigenous health. Public health. Health policy. Human rights.

1. Mestre mcastellani@uol.com.br 2. Doutor montagner@hotmail.com – Universidade de Brasília (UnB), Brasília/DF, Brasil.

Correspondência

Miguel Ângelo Montagner – SQN 205 Bloco C aptº 503 CEP 70843-030. Brasília/DF, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

A perspectiva social adotada pela bioética latino-americana e, principalmente, as vertentes desenvolvidas no Brasil propiciam sua atuação de fato no setor saúde, contribuindo para aprofundar a discussão acerca da atenção, considerando, especificamente, a destinada a segmentos e grupos particulares, como os povos indígenas. Historicamente, estes povos vêm sendo exterminados e expropriados e, em todos os sentidos, sofrem frente ao descaso do Estado em suas políticas. Na atenção à saúde provida a estes povos reflete-se este mal crônico, caracterizado pela indiferença, discriminação e desrespeito às suas idiossincrasias culturais, que marcam a compreensão da sociedade envolvente.

Espelha essa afirmação o fato de que apenas em 1973 foi publicada a Lei 6.001¹ – o Estatuto do Índio –, que dispõe sobre os direitos coletivos dos povos indígenas. Nas últimas quatro décadas este documento vem sendo frequentemente remodelado para adaptar-se às noções hodiernas de cidadania, tentando também responder às necessidades destes povos. No que tange à saúde, a primeira e fundamental mudança aconteceu concomitantemente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que propôs uma forma de atenção diferenciada à saúde, por meio da Lei Arouca².

Esta lei, oriunda da Reforma Sanitária e dos movimentos populares, permanece em discussão até hoje, subsidiando a pauta que pretende orientar a reorganização do sistema segundo as necessidades e prioridades dos grupos atendidos. Essa reorganização toca em aspectos bioéticos nevrálgicos quanto ao direito à diferença, que constitui o cerne deste trabalho.

Método

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

O trabalho foi desenvolvido com base em técnica nomeada “estudo de caso”. Nosso pressuposto é de que os documentos constituem um caso, no entender de Yin^{3,4}, que sugere que em situações nas quais não conseguimos diferenciar o fenômeno em questão de seu contexto, esse tipo de abordagem adequa-se de forma ideal ao método de busca de um conhecimento circunstanciado a respeito de um tema.

Para o autor, a riqueza e a complexidade da situação em estudo remetem à presença de grande número de variáveis, ao uso de várias fontes de dados e a diferentes estratégias a serem utilizadas tanto para o desenho de pesquisa como para a análise. Assim, além de qualitativo, nosso método inclui o estudo de caso. Desta forma, utilizamos os desdobramentos históricos da política de atenção à saúde indígena e sua forma de organização como um caso, ao qual aplicamos os conhecimentos propiciados pela bioética, com o objetivo de garantir a atenção diferenciada aos povos indígenas.

Esses desdobramentos foram “capturados” por meio dos documentos emblemáticos referentes ao Subsistema de Saúde Indígena (Sasi). Nossa abordagem foi baseada na perspectiva hermenêutica, tomando como textos centrais os documentos produzidos na instituição – como relatórios internos, portarias, decretos, manuais de ação, publicações institucionais, resoluções de conferências, análises e diagnósticos produzidos por auditores internos e externos e artigos científicos. De certo modo, nossa abordagem será também do tipo histórica, retomando os marcos principais da relação da sociedade brasileira e da população indígena, parte integrante daquela, que acabaram se cristalizando em documentos formais.

Pode-se também dizer que fomos, durante o processo de formulação e implementação da pesquisa, observadores participantes, uma vez que trabalhamos diretamente vinculados à instituição que até recentemente era a responsável pela atenção à saúde indígena – a Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Assim, direta ou indiretamente estivemos envolvidos com os atores do processo de formulação das propostas que descrevemos e, conseqüentemente, também acompanhamos seus desdobramentos práticos na operacionalização do

subsistema. Neste período, participamos de debates, conversas e troca de correspondência eletrônica com os mais diferentes segmentos envolvidos com a saúde indígena. Deste modo, dentre as possíveis escolhas coerentes com a pesquisa realizada e os objetivos elencados, duas técnicas foram privilegiadas: a *observação participante* e a *análise documental*. A primeira tenciona obter e captar os *imponderáveis da vida real*, como propôs Malinowski, de forma direta e sem intermediação do discurso ou de uma hermenêutica do sujeito. Definimos esta metodologia, de acordo com a definição de Morris Schwartz e Charlotte Schwartz, citada por Haguette⁵, como:

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

A análise documental é uma técnica fundamental para a pesquisa qualitativa, pois todo trabalho de pesquisa começa por fontes escritas ou imagéticas, método que muito deve aos desenvolvidos na disciplina de História. Como aponta Pimentel, *estudos baseados em documentos como material primordial, sejam revisões bibliográficas, sejam pesquisas historiográficas, extraem deles toda a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta*⁶.

A análise documental requer, para alcançar os resultados pretendidos, a utilização de diferentes fontes para a obtenção de informações, para além da análise dos textos formais, como, por exemplo, informações coletadas em jornais de grande circulação, sítios de instituições oficiais e da internet. Assim procedemos, pois muitos dos acontecimentos e relatos ocorreram concomitantes ao desenvolvimento do trabalho e tiveram como fontes exclusivas esses meios de informação.

Procedeu-se, de início, a uma revisão bibliográfica sobre o assunto, com a leitura dos textos

selecionados e a análise crítica das fontes produtoras deste material e sua contextualização. Foram valorizadas as publicações com as características de interdisciplinaridade que a pesquisa propõe e pode-se constatar a escassa produção na área que delimitamos para o trabalho, principalmente no tocante à relação entre bioética e saúde indígena, bem como à bioética e políticas públicas.

Os argumentos que demandaram a pesquisa em textos conceituais, quer filosóficos, éticos ou bioéticos, foram buscados nas fontes originais dos autores ou de comentaristas reconhecidos. Quando fez-se necessário manifestar opinião, buscamos fundamentá-la em dados e conceitos previamente explicitados, procurando, assim, evitar a apresentação de ideias sem embasamento justificado.

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

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

As informações obtidas por esses meios foram criticamente analisadas segundo o critério de contextualização das fontes produtoras do material. Cumpre salientar que, embora voltado à reflexão bioética, o resultado pode ser caracterizado como de tipo histórico, retomando os marcos principais da relação da sociedade brasileira e da população indígena que formalmente devia integrá-la, mas que acaba socialmente cir-

cunscrita por um tipo de exclusão institucional, cristalizada em documentos formais.

Gestão da saúde indígena

A saúde dos povos indígenas sempre foi um dos temas mais delicados da saúde pública brasileira e nossa população indígena sempre foi, de alguma forma, assistida em seus problemas de saúde – desde os rituais de pajés, dos tempos da América pré-colombiana, até a assistência propriamente dita com os missionários, no período colonial.

A assistência passaria por transformações significativas com o advento da República, quando o Estado, agora com características laicas, assume esta responsabilidade. Assim, desde o antigo Serviço de Proteção ao Índio (SPI), concebido por Rondon, passando pelos feitos da Expedição Roncador–Xingu dos irmãos Villas-Boas e de Noel Nutels, foram muitas as iniciativas estatais que lidaram com a assistência à saúde dos povos indígenas. Estas se consolidaram na Fundação Nacional do Índio (Funai), após a extinção do antigo SPI. Foi então criada uma área específica de saúde, onde se institucionalizaria o modelo de atenção baseado nas equipes volantes de saúde, inspirado no antigo Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), idealizadas por Nutels na década de 50⁷.

Até recentemente, a instituição responsável pela atenção à saúde indígena era a Funasa, que assumiu em julho de 1999 esta função, anteriormente realizada pela Funai – ressalte-se que esta atividade passou para o âmbito da Funasa praticamente ao mesmo tempo em que era aprovada a Lei 9.836/99, conhecida como Lei Arouca¹, que deu o amparo legal à instituição do Sasi.

Após a aprovação da Lei Arouca a atenção à saúde indígena passou a ser organizada em um modelo de atenção próprio, que se diferencia do SUS em aspectos como, por exemplo, a estruturação em distritos sanitários. Foi a implementação do Sasi, pela Funasa, que permitiu a melhoria das condições de saúde das populações indígenas, além de dar visibilidade às políticas de saúde ao criar mecanismos próprios de controle social – como os conselhos distritais de saúde.

Existe discrepância no número de indígenas que habitam terras brasileiras, pois enquanto o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) inclui em seu censo as pessoas que se declararam indígenas, mecanismo autorreferente, a Funasa contabiliza a população dos distritos sanitários especiais indígenas (Dsei).

Hoje, a população situa-se em cerca de 800 mil índios, mais precisamente 817.963, ou seja, 0,4% da população brasileira total, segundo o Censo 2010 do IBGE⁸. Eles estão distribuídos em 683 terras indígenas e algumas áreas urbanas. Há também referências à existência de 82 grupos indígenas não contatados, dos quais 32 foram confirmados. Existem ainda grupos requerendo o reconhecimento de sua condição indígena junto ao órgão indigenista federal⁹.

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

Desde sua implantação, o Sasi propiciou sensível melhora nos indicadores de saúde das populações indígenas, como a queda da mortalidade infantil de 74,6 por mil, em 2000, para 41,9 por mil em 2009¹⁰. Esses avanços podem ser constatados na publicação *Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena*, lançada em 2009 por ocasião da comemoração dos dez anos de sua aprovação¹¹. Nela encontram-se diversos indicadores sobre a população indígena, dentre os quais os que espelham a condição de vida, como o de mortalidade infantil, clássico em Epidemiologia. Segundo os dados apresentados, em oito anos o coeficiente passou de 74,61 mortos por mil nascidos vivos, em 2000, para 44,35 em 2008, registrando queda de 40,55%.

Outro parâmetro importante é o financiamento da saúde indígena. De maneira geral, a questão orçamentária é pouco discutida pela bioética, embora constitua aspecto fundamental e sensível na prestação da atenção. Para Garrafa, Meneghel e Selli, *no Brasil, com a manutenção multissecular da desigualdade social, a reflexão bioética [terá que] prioriza[r] cada vez mais a alocação dos recursos em saúde*¹². No que tange aos recursos destinados à saú-

de indígena, pode-se observar notável incremento, como se verifica na tabela a seguir. É possível sugerir que o substancial aumento de recursos aplicados reflita o grau de prioridade conferida à saúde dos povos indígenas pela administração setorial, nos anos de administração do subsistema pela Funasa.

Tabela 1. Recursos aplicados na saúde indígena entre 2000 e 2008, em milhões de reais

Instituições	2000	2008	% de acréscimo
MS	29,6	72,8	145
Funasa	66,2	378,9	472
Total	95,8	451,7	371,5

Fonte: Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena².

Como se pode aferir, a evolução positiva dos indicadores acompanha o crescimento dos recursos aplicados. Esses dados referem-se ao período de 2000 a 2008, intervalo relativamente curto para estabelecer uma série histórica da tendência epidemiológica. No entanto, pode se constatar a mudança quantitativa e qualitativa na atenção às populações indígenas, mesmo que sejam necessários estudos específicos para melhor compreendê-las. Apesar de ainda distante do aceitável, esses resultados expressivos justificam a defesa do subsistema como alternativa de organização dos serviços de atenção diferenciada, prestados aos povos indígenas.

Motivado por pressões de diversos matizes o governo enviou ao Congresso, em agosto de 2010, a Medida Provisória 483¹³, transformada na Lei 12.314¹⁴, que permitiu a reorganização da estrutura do Ministério da Saúde (MS), criando a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (Sesai). Assim, a saúde indígena deixou de ser gerida pela Funasa, passando à administração direta do MS.

O que, em tese, seria apenas uma medida administrativa acabou por se transformar em um problema maior. Ao se modificar a gestão, o modelo de atenção à saúde indígena passou a correr o risco de se ver diluído nas estruturas do SUS, deixando de ter uma organização diferenciada. Somase a esta possibilidade adversa o questionamento acerca da legitimidade desta mudança, uma vez que a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena

(CNSI)¹⁵, a última realizada, aprovou a manutenção da Funasa como gestora do subsistema.

Contradições da política de saúde indígena

Embora festejados com números consistentes, apresentados em 2009, os últimos anos foram marcados por momentos graves para a política de atenção à saúde dos povos indígenas. Tais acontecimentos tiveram início durante a realização da 4ª CNSI. Realizada em 2006, esta conferência teve como lema *Distrito sanitário especial indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições*¹⁵. O salto em organização desde a conferência precedente pode ser quantificado pela realização de 206 conferências prévias nas aldeias e nos distritos sanitários, com doze mil e cinco mil participantes, respectivamente.

A etapa nacional contou com 1.228 pessoas entre usuários, trabalhadores indígenas e não indígenas, gestores, prestadores de serviço, membros de comissões de trabalho, convidados nacionais e internacionais. Ao todo, estiveram presentes cerca de 800 delegados, assegurando a representatividade e legitimidade do encontro. Nas discussões sobre direito à saúde, subtema “Avaliação do Subsistema de Saúde Indígena”, se desenrolaram os maiores embates da 4ª CNSI. A apresentação desta polêmica é importante para contextualizar os acontecimentos seguintes à conferência e suas implicações nas questões éticas e bioéticas apontadas neste trabalho.

Centrada no debate sobre qual instituição deveria gerir a saúde indígena, esta discussão polarizou a plenária final, que decidiu a favor de as ações continuarem sob responsabilidade da Funasa. No entanto, a polêmica em torno desta deliberação começaria imediatamente após o término da conferência. Em nota assinada por algumas entidades presentes, afirmava-se:

A votação mais conturbada da plenária final certamente foi a da questão da gestão da Política Nacional de Saúde Indígena, já na manhã de 31/3, não apenas pela importância estratégica do assunto, mas, novamente, pela falta de clareza na condução da mesa: vários dos delegados indíge-

nas que votaram na proposta vitoriosa (de que se mantivesse a Funasa como gestora) protestariam publicamente, na madrugada de 1/4, contra a confusa coordenação daquela mesa de votação, que os teria induzido a votar contra a proposta que na realidade defendiam ¹⁶.

Embora a 4ª CNSI tenha se posicionado favoravelmente quanto à continuidade da responsabilidade da Funasa pelas ações de saúde indígena, o debate sobre a gestão continuaria nos anos seguintes. Teixeira aponta para esta polarização, expressando e trazendo à tona a questão de fundo que a permeia:

A tensão entre particularismo e universalismo presente no subsistema de saúde indígena tem experimentado um movimento pendular, em geral tendendo para a singularidade no nível retórico, para a homogeneização na prática e para a invisibilidade na memória institucional das agências governamentais de saúde pública ¹⁷.

Problemas político-administrativos na instituição, na área indígena e em outras, impulsionaram setores do MS, do movimento indígena, organizações não governamentais e alguns servidores a retomar o debate sobre a permanência da saúde indígena na Funasa. A continuidade e a ausência de consenso em tais discussões levaram a uma tomada de posição, pelo MS, acerca do assunto. Baseando-se nisso, o ministério encaminhou ao Congresso a Exposição de Motivos Interministerial (EMI) 228, posteriormente transformada no Projeto de Lei 3.958 ¹⁸. A EMI propunha a criação da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, que, em seu item 5, especifica:

A proposta visa também a transferência das competências e atribuições exercidas pela Fundação Nacional de Saúde – Funasa, no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas.

Após o envio da EMI ao Congresso, o ministério daria curso à sua política de retirar as ações da Funasa. Este objetivo será buscado com a publica-

ção da Portaria MS 1.922 ¹⁹, de setembro de 2008, que em seu art. 1º propôs *criar o Grupo de Trabalho (GT) com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à atenção a saúde dos povos indígenas, visando a incorporação de competências e atribuições procedentes da Fundação Nacional de Saúde nessa área.*

Estas ações empreendidas pelo MS desencadearão uma crise político-institucional com repercussões nacionais, pois a iniciativa do ministério desagradou à direção da Funasa, bem como os interlocutores do movimento indígena. A disputa entre os dirigentes ganharia manchetes dos jornais e se transformaria em crise política nacional. A situação só foi contornada por um acordo político que envolveu os dirigentes partidários no Congresso, pois tanto o ministro da Saúde quanto o presidente da Funasa pertenciam ao mesmo partido político.

Os acordos firmados para acalmar os ânimos dos dirigentes envolvidos na disputa se expressaram em atos administrativos. Em dezembro de 2008 seriam publicadas as portarias 3.034 ²⁰ e 3.035 ²¹, expressão daquele momento político. No conteúdo destas portarias nota-se alteração substancial em relação àquele da portaria de setembro. Desapareceu a proposta de criação da Secretaria de Atenção Primária, substituída pelo *pré-projeto de criação da Secretaria da Saúde Indígena*, assim como o *fortalecimento do Subsistema de Saúde Indígena*. Também se destaca a ampliação das instituições representadas no grupo de trabalho, agora incluindo a participação dos indígenas – antes nem mencionados.

Esta sequência de acontecimentos políticos e administrativos que afetou as instituições e seus dirigentes seria determinante na condução da saúde indígena. A partir daí estavam dadas as condições para o redirecionamento das ações e a implementação das mudanças mais significativas desde a criação do subsistema em 1999. O processo de transformações administrativas culminaria com o envio ao Congresso da Medida Provisória (MP) 483/10, que tratava, dentre outros temas, da criação da Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena, no Ministério da Saúde.

Após a assinatura da MP, em 25 de março, o site da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia (Coiab) descrevia o evento:

*A luta do Movimento Indígena pela Secretaria Especial teve início em 2008, quando lideranças indígenas conseguiram barrar uma decisão do governo de criar, por meio de projeto de lei, uma Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, onde a questão da saúde indígena estaria diluída entre diversos outros temas, correndo o risco de não serem respeitadas as especificidades dos diferentes povos indígenas brasileiros*²².

Em abril de 2011, o MS anunciou o adiamento do prazo de transferência das responsabilidades da saúde indígena da Funasa para a Sesai. O prazo inicial de 180 dias para a transferência da atribuição, previsto na publicação do decreto, que findaria em outubro de 2010, seria estendido para dezembro de 2011. O Decreto 7.530²³, de julho de 2011, ratificou esta alteração do prazo, mas manteve a substância do documento anterior.

Materializava-se, assim, uma das preocupações mais discutidas na 4ª CNSI, que se referia a uma possível paralisia na administração decorrente dessas modificações, bem como à inevitável demora de anos até que fosse restabelecida a normalidade da gestão. Ao se protelarem decisões importantes na gestão da saúde e se adiarem determinações urgentes na implementação das políticas, estar-se-ia, na prática, novamente preterindo o atendimento às reivindicações da 4ª CNSI e à própria saúde dos povos indígenas. No caso da saúde, tais adiamentos costumam ter consequências graves.

As suspeitas e temores formulados na 4ª CNSI, descritos anteriormente, de que as ações do Sasi poderiam ser diluídas ou incorporadas pelas instâncias do MS, mesmo com a criação da Sesai, não demoraram a aparecer.

Questionamentos às decisões políticas

Os acontecimentos descritos têm como eixo central a transferência da responsabilidade pela execução das ações de saúde indígena da Funasa para o Ministério da Saúde. Este tema polarizou as atenções de todos os segmentos envolvidos com a saúde indígena, desde a 4ª CNSI, quando foi vitoriosa a proposta de manutenção das ações na Funasa. Assim, cabe

questionar o porquê do MS encaminhar ao Congresso a EMI que propôs a criação da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, que absorveria as ações de saúde indígena até então desenvolvidas pela Funasa.

Frente a esta iniciativa do ministério, a primeira discussão aqui levantada diz respeito ao papel ou função que as conferências de saúde desempenham nas políticas do setor. A legislação²⁴ assegura ser função das conferências *propor diretrizes para a formulação da política de saúde*. Além disso, o *controle social, no âmbito nacional, será exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - Cisi, já existente e em funcionamento*.

Portanto, a função das conferências encontra-se definida na legislação, que garante que suas deliberações contribuam para a formulação de diretrizes políticas. As conferências de saúde indígena têm autoridade para *propor diretrizes para a formulação da política de saúde* para estes povos. Tal prerrogativa está assegurada não por lei específica, mas de forma indireta pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), instância colegiada do SUS. No caso da 4ª CNSI, foram cumpridos os rituais de legitimação para que as deliberações aprovadas servissem de *diretriz para a formulação das políticas de saúde* – o que se constata não ter sido acatado pelo ministério.

Como se depreende do exposto, o MS não assegurou que as deliberações da 4ª CNSI fossem de fato encaminhadas e desconsiderou até mesmo o argumento da legitimação política. Apesar da representativa participação de delegados eleitos na conferência, isto também não bastou para garantir a implementação das deliberações, notadamente sobre a gestão do subsistema. Assim, torna-se indispensável questionar as propostas do ministério. Quando as condições legais e a legitimidade política não são suficientes para fazer valer as decisões dos colegiados, no caso a conferência, como garantir as decisões? Ou, ainda, como impedir iniciativas contrárias às deliberadas pelas instâncias máximas de controle social?

O caso do envio da EMI-MP/MS 228 ao Congresso, propondo a transferência da saúde indígena da Funasa para a Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, é um exemplo da subtração das funções legais e políticas das instâncias colegiadas, que se contra-

pôs à deliberação da 4ª CNSI. Ante este inegável desrespeito ao que prevê a norma, bem como ao deliberado na conferência, devemos nos interrogar se não seria a bioética o instrumento adequado para indicar a solução desses conflitos.

Reflexão bioética

Para assegurar a manutenção do Sasi e, conseqüentemente, a implementação de políticas que atendam as especificidades na atenção à população indígena, é necessário que se cumpram os dispositivos legais que as asseguram. Mas, se como observado, nem sempre tais dispositivos são atendidos, não seria o caso de buscar argumentos nos pressupostos do instrumental bioético? Consolidar uma política para a saúde indígena baseada em conteúdo bioético pode ser o caminho para assegurar a atenção diferenciada, bem como para a melhoria das condições de saúde e de vida desta população?

A respeito, Alves, Cordon e Gonçalves²⁵ apostam na nova bioética social brasileira como caminho alternativo para lidar com estas questões:

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

Pode-se também encontrar respaldo para a crítica as decisões contrárias às deliberações da conferência no conteúdo das diferentes correntes bioéticas brasileiras, como apontam Porto e Garrafa: *a bioética brasileira está se construindo de maneira articulada com os movimentos sociais, voltada aos interesses das pessoas concretas, os atores sociais que produzem e reproduzem a dinâmica da sociedade na dimensão de seus corpos e suas vidas (...)* [isto] *implica admitir que as ferramentas delineadas por cada uma dessas perspectivas da bioética brasileira são potencialmente capazes para responder aos conflitos éticos na saúde pública*²⁶.

Se, como visto, a bioética possui ferramental para discutir essas questões, quais seriam esses instrumentos? Em nosso entendimento, o principal deles é a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*²⁷ da Unesco, que pode contribuir de maneira decisiva na solução destes dilemas, uma vez que prevê o *respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo*. Embora não tenha caráter vinculante, ou seja, não possa ser tomada como lei, a Declaração delinea recomendações reiteradas pelos Estados-parte, as quais devem ser assimiladas e transformadas em legislação no âmbito interno dos países.

O art. 18 da Declaração, que se refere à *tomada de decisão e ao tratamento de questões bioéticas*, recomenda: *b) Os indivíduos e profissionais envolvidos e a sociedade como um todo devem estar incluídos regularmente num processo comum de diálogo; c) Deve-se promover oportunidades para o debate público pluralista, buscando-se a manifestação de todas as opiniões relevantes*²⁷. Pode-se perceber que, tal como propõe o CNS, a Declaração também reforça a importância da participação social nos mecanismos de deliberação, recomendação que, como visto, não foi seguida pelo MS.

A incorporação das ações de saúde indígena pelas instâncias ministeriais, a chamada *inclusão no SUS*, já aconteceu e poderá ter conseqüências imprevisíveis para a atenção diferenciada. Ainda que a ação do MS possa ser entendida como bem intencionada, voltada a consolidar o SUS, deixa de atender aos pré-requisitos indispensáveis à atenção a grupos com características distintas, como a população indígena. Cabe, portanto, buscar novos argumentos para evitar que esta situação de risco se materialize, trazendo mais prejuízo à saúde destes povos. Nesse sentido, cabe a reflexão de Olivé²⁸ sobre os riscos que devem ser percebidos conforme as diferentes posições a partir das quais os indivíduos compreendem os fenômenos geradores da situação de perigo ou risco. Argumenta o autor:

Não há apenas uma maneira correta e universalmente objetiva de identificar e avaliar um risco (...) e tampouco é possível uma única visão sobre a gestão do risco que seja a única correta e eticamente aceitável. Na identificação e avaliação de riscos podem existir diferentes pontos de vista igualmente legítimos (...) não se trata de uma visão relativista que sustenta que qualquer ponto de vista é tão bom quanto qualquer outro. Trata-se an-

tes de uma visão pluralista que sustenta que não existe apenas um ponto de vista que seja o único correto.

Olivé sugere que sejam perscrutados os diferentes caminhos para avaliar e gerir riscos, como os que ocorrem no Sasi. Propõe a prática do diálogo para a abordagem de processos, quando se tratam situações nas quais a pluralidade, no caso a atenção diferenciada, enfrenta problemas com a identificação, avaliação e gestão de riscos: *a tomada de decisões deve ser o resultado de um amplo processo dialógico (...) procurando a obtenção de acordos aceitáveis para as diversas partes*²⁸. Na mesma linha, Lorenzo afirma: *Estamos falando aqui precisamente das correntes contemporâneas de ética, que, reconhecendo a impossibilidade de aplicar métodos de confirmação universalmente aceitos para a determinação do que é certo ou errado, consideram que tomar uma decisão ética implica necessariamente no estabelecimento de espaços de diálogo livre*²⁹.

Poderiam as sugestões de Olivé e Lorenzo apoiar uma proposta de intervenção em um ambiente de gestão de risco, no caso, a diluição do Sasi nas macroestruturas do SUS? A princípio sim, desde que consolidadas estas instâncias ou espaços nos quais poderia acontecer o necessário *processo dialógico*. Como argumentam Feitosa e Garrafa, *a capacidade em dialogar com o outro, [com] grupos diferentes, é a premissa para possibilitar a ação bioética*³⁰. Como visto nesta exposição, tais espaços existem na dimensão institucional, mas para que possam produzir os efeitos esperados o respeito efetivo à interlocução dialógica ainda precisa ser construído.

Seguir a proposta do diálogo, garantindo espaços autênticos para sua realização, traria a esperança de que a atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas pode ser mantida. A própria legislação traz referências à especificidade da população indígena e à necessidade de *regramentos diferenciados de acesso*. Garantir que o *subsistema* seja a instância diferenciada para responder a esta especificidade depende de decisão política, que precisa ser implementada de acordo com a responsabilidade do Estado e de seus gestores.

A consubstanciação de um espaço dialógico plural, que garanta o exercício da liberdade, contemplando as diferentes visões sobre os temas em discussão, pode ser fomentada ou estimulada também pela criação de um comitê de bioética voltado a atuar

como instância promotora da reflexão, sensibilização e mediação. Tal comitê seria um espaço de reflexão para estimular a sensibilidade ao diferente, evitando a hegemonia do idêntico, permitindo *amplo processo dialógico* entre todos os setores interessados na saúde dos povos indígenas.

Considerações finais

Na *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos* encontramos os argumentos que balizaram a problematização apresentada no presente trabalho. Embora, em diversos pontos, faça referência à temática indígena, são os artigos 12 e 18 da Declaração que destacam o respeito às diferenças culturais, à pluralidade e ao diálogo. Somados às proposições de Olivé, Lorenzo e Garrafa, que enfatizam a importância do diálogo simétrico e plural, estes artigos demonstram como a bioética pode subsidiar a discussão da saúde indígena no Brasil, orientando os argumentos para a defesa de propostas importantes para estes povos, como a manutenção do Sasi.

Se defender o debate plural e o respeito às diferenças é estar em consonância com a *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, bem como com os autores citados, que referendam o diálogo como valor para a bioética, deve-se lembrar que tal proposta estende-se, neste caso, muito além da simples proposição. Em primeiro lugar, porque responde ao compromisso assumido quando o Brasil assinou este documento. Em segundo, porque também fortalece a legislação e as normas nacionais, que advogam pelo reconhecimento das especificidades destes povos. Por fim, mas não menos importante, porque defender as especificidades da atenção à saúde indígena, como demonstrado, tem consequências na melhoria da vida e saúde destes povos.

Para estar em consonância com os preceitos da bioética, a política de saúde indígena necessita defender e afirmar o sistema diferenciado de atenção. O Decreto Presidencial 7.508³¹, de junho de 2011, que sancionou após 20 anos a regulamentação da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), caminha neste sentido garantindo que *a população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde*. Sob o

amparo deste documento espera-se reverter alguns dos problemas trazidos pela incorporação da atenção a estes povos no âmbito do SUS.

Cabe reiterar, finalmente, a importância de se criar um comitê de bioética para acompanhar as políticas públicas, no âmbito do Ministério da

Saúde. Tal comitê poderia favorecer o pluralismo das políticas setoriais, especialmente a atenção diferenciada em saúde indígena. Esta solução, acreditamos, evitaria que se reproduzam políticas integracionistas para as populações indígenas, já obliteradas pela Constituição de 1988.

Referências

1. Brasil. Lei nº 6.001, 19 de dezembro de 1973 [internet]. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. [acesso 3 março 2012]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6001.htm
2. Brasil. Lei nº 9.836, 23 de setembro de 1999 [internet]. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. [acesso 2 mar. 2012]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9836.htm
3. Yin RK. Case study research: design and methods. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
4. Yin RK. Applications of case study research. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2012.
5. Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes; 2001.
6. Pimentel A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. Cad Pesqui. [internet]. 2001 [acesso 3 mar. 2012];(114):179-95. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a08n114.pdf>.
7. Costa DC. Política indigenista e assistência à saúde. Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. Cad Saúde Pública [internet]. 1987 [acesso 1º mar. 2012];3(4):388-401. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v3n4/v3n4a03.pdf>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [internet]. [acesso 3 mar. 2012]. Disponível: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>
9. Índios do Brasil. Portal dos Povos Indígenas [internet]. Brasília: Funai; [acesso mar. 2012]. Disponível: http://www.funai.gov.br/indios/fr_conteudo.htm
10. Marques IMSF. Subsistema de saúde indígena: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos [internet]. Congresso Brasileiro e Internacional de Telemedicina e Telessaúde; 19 a 22 nov. 2011; Manaus. [acesso mar. 2012]. Disponível: http://www.telessaudebrasil.org.br/agendas/seminac2/public/documents/saude_indigena-103755.pdf
11. Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena. Brasília: Funasa; 2009.
12. Garrafa V, Meneghel S, Selli L. Bioética, solidariedade, voluntariado e saúde coletiva: notas para discussão. Rev Bioética. 2005;13(1):53-64.
13. Brasil. Medida Provisória nº 483, de 24 de março de 2010 [internet]. Altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, e dá outras providências. [acesso 2 mar. 2012]. Disponível: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=471270>
14. Brasil. Lei nº 12.314. 19 de agosto de 2010 [internet]. Altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público e nº 8.029, de 12 de abril de 1990, que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal; revoga dispositivos da Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003, e dá outras providências. [acesso 3 mar. 2012]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12314.htm
15. Relatório Final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena; 27 a 31 de março 2006; Rio Quente, GO [internet]. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/Fundação Nacional de Saúde; 2007 [acesso mar. 2012]. Disponível: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/4cnsi.pdf>
16. Associação Nacional de Ação Indigenista. Conselho Indigenista Missionário. Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão. Nota pública sobre a IV Conferência Nacional de Saúde [internet]. 7 abr. 2006 [acesso 1º mar. 2012]. Disponível: http://www.direitos.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=1193&Itemid=2
17. Teixeira CC. Fundação Nacional de Saúde. A política brasileira de saúde indígena vista através de um museu. Etnográfica. 2008;12(2):323-51.
18. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 3.958/08 [internet]. Altera a Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, que

- cria secretaria na estrutura do Ministério da Saúde; e cria cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS, destinados ao Ministério da Saúde. [acesso mar. 2012]. Disponível: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=408401>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.922, de 11 de setembro de 2008 [internet]. Cria Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas. 2008 [acesso 1º mar. 2012]. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1922_11_09_2008_rep.html
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.034, de 17 de dezembro de 2008 [internet]. Cria Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde, no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas. 2008 [acesso mar. 2012]. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3034_17_12_2008.html
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 3.035, de 17 de dezembro de 2008. Designa representantes do Grupo de Trabalho instituído pela Portaria nº 3.034/GM, de 17 de dezembro de 2008, com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à atenção a saúde dos povos indígenas, visando à incorporação de competências e atribuições procedentes da Fundação Nacional de Saúde nessa área. 2008 [acesso 3 mar. 2012]. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3035_17_12_2008.html
 22. Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira. Presidente Lula assina decretos que viabilizam a Secretaria Especial de Saúde Indígena [internet]. 25 out. 2010 [acesso 3 mar. 2012]. Disponível: <http://www.coiab.com.br/coiab.php?dest=show&back=noticia&id=632&tipo=N&pagina=6>
 23. Brasil. Decreto nº 7.530, de 21 de julho de 2011 [internet]. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. [acesso mar. 2012]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7530.htm#art8
 24. Fundação Nacional do Índio. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas [internet]. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [acesso 1º mar. 2012]. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf
 25. Alves SLR, Gonçalves LN, Córdón J. Responsabilidade sanitária: a bioética como instrumento de pactuação social. *Rev Bioética*. 2005;13(1):93-109.
 26. Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(suppl.1):719-29.
 27. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 29 jul. 2006 [acesso 3 mar. 2012]. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf
 28. Olivé L. Epistemologia na ética e nas éticas aplicadas. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, editores. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia/Unesco; 2006. p. 121-39.
 29. Lorenzo C. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. *Rev Bioét (Impr)*. 2011;19(2): 329-42.
 30. Feitosa SF, Garrafa V, Cornelli G, Tardivo C, Carvalho SJ. Bioethics, culture and infanticide in Brazilian indigenous communities: the Zuruahá case. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(5):853-65.
 31. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 [internet]. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. [acesso 3 mar. 2012]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

Participação dos autores

Este artigo é parte da tese do primeiro autor, orientada pelo segundo. A pesquisa, a redação inicial e final do artigo foi responsabilidade de Mário Castellani. Miguel Montagner orientou o aluno, revisou a versão inicial e participou da redação da versão final do trabalho.

