

O contexto da produção de normativas na implementação da política de saúde indígena

The context of normative production in the implementation of indigenous health policy (abstract: p. 18)

El contexto de la producción normativa en la implementación de la política de salud indígena (resumen: p. 18)

Roberta Aguiar Cerri^(a)

<robertacerri@gmail.com> 

Luiza Garnelo^(b)

<luiza.garnelo@fiocruz.br> 

^(a) Pós-graduanda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (Doutorado), Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz – Amazônia (Fiocruz Amazônia). Rua Teresina, 476, Adrianópolis. Manaus, AM, Brasil. 69057-070.

^(b) Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz Amazônia. Manaus, AM, Brasil.

O artigo analisa a implementação da política de saúde indígena por meio de um estudo exploratório de base qualitativa, focado nas portarias emitidas pelo Ministério da Saúde entre 2011 e 2022. A análise seguiu a abordagem não linear e inter-relacionada de ciclo de políticas explorando a interação entre portarias ministeriais, gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e processos políticos na saúde indígena. Os resultados indicaram uma priorização da organização interna que favoreceu práticas da política distributiva de coalizão em detrimento de normas orientadoras da assistência aos povos indígenas. Conclui-se que a doutrina original da política de saúde indígena foi obscurecida pela adoção irrestrita da lógica gerencial e pela disputa por recursos, não permitindo que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena atue como um tipo singular de Atenção Primária à Saúde no país.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde. Saúde das populações indígenas. Organização governamental e políticas.

Introdução

Promulgada em 2002¹, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi) tem como propósito estabelecer diretrizes para a organização da Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasisus), instituído em 1999². Originalmente a Pnaspi foi moldada por uma constelação de forças políticas que uniram sanitaristas e parlamentares compromissados com a Reforma Sanitária e com associações e lideranças indígenas em luta por seus direitos³. Entre 1991 e 2010 as ações do Sasisus estiveram a cargo da Fundação Nacional de Saúde (Funasa)^{4,5}. A criação, em 2010, da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) gerou novas expectativas quanto ao aprimoramento da gestão e da Atenção à Saúde Indígena⁶.

O Sasisus conta com uma rede de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) executada pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Desde sua criação até o período deste estudo, o custeio das ações se deu por um sistema de repasse de recursos por meio de convênios firmados com entidades privadas⁴ qualificadas pelo ordenamento público como organizações sociais. Esse modelo alternativo de gestão foi implantado de forma precária na gestão da Funasa⁵ e mantida nos anos subsequentes à instituição da Pnaspi.

Mais de uma década depois, busca-se compreender o contexto político e burocrático no qual a saúde indígena tem sido implementada e se isso favoreceu o estabelecimento do Sasisus como um campo de atuação da APS no país⁶.

Metodologia

Estudo exploratório, de base qualitativa, baseado na abordagem de Stephen Ball^{7,8}, que propõe uma análise inter-relacionada e não linear de três contextos: (1) influência – ação política de grupos de interesse, evidenciada por discursos institucionais e movimentação no campo da política pública; (2) produção de texto – documentos legais, textos políticos e comentários formais e informais que representam a política em si e se utilizam de linguagem de interesse público mais amplo; e (3) prática – interpretação e tradução dos textos oficiais para a realidade observada por meio de eventos e fenômenos praticados pelos seus implementadores. Este artigo enfoca os contextos de influência e produção textual. A teoria etnográfica das instituições também guiou os procedimentos de interpretação dos documentos, entendidos como mediadores da organização das rotinas institucionais para instituição de políticas públicas⁹.

A análise do contexto de produção textual da política demandou o exame do conjunto de portarias normativas em saúde indígena emitidas pelo MS entre 2011 e 2022. Os dados foram obtidos do Sistema de Legislação da Saúde (SLEGIS) por meio da pesquisa das “portarias” publicadas na Seção 1 do Diário Oficial da União (DOU), utilizando o termo “indígena”. A busca retornou 278 atos.

A inclusão de portarias priorizou aquelas relativas à regulamentação da gestão do Subsistema e à normatização da assistência à saúde, sendo excluídas as que tratavam de assuntos internos do cotidiano da instituição, tais como portarias de delegação ou

exclusão de competências; de instituição de comissões, comitês e grupos de trabalhos; portarias de habilitação de serviços e referentes ao controle social.

A categorização das portarias foi realizada de acordo com o tema regulamentado e sua finalidade, resultando em dois núcleos temáticos:

- Gestão e Organização do Sasisus visam dar condição de existência e operacionalização ao Subsistema e cumprir com responsabilidades de ordem fiscal;
- Orientação da assistência à saúde aos povos indígenas visa estabelecer diretrizes, planos e normas de procedimentos para a execução dos serviços prestados.

O procedimento foi repetido em cada núcleo, reclassificando-se as portarias em dez subnúcleos temáticos de acordo com o objetivo da norma.

A Controladoria-Geral da União (CGU), órgão também responsável pela avaliação institucional da Pnspi, emite relatórios de interesse do tema. Portanto, buscou-se por “Relatório de Avaliação” na plataforma “Pesquisa de Relatórios” da CGU, utilizando a palavra-chave “Secretaria Especial de Saúde Indígena” e selecionando o serviço “Avaliação”. Após a exclusão de relatórios que tratavam de auditorias internas nos DSEI, a busca resultou no registro do Relatório de Avaliação da Gestão para o Exercício 2019¹⁰. E relatórios de avaliação da saúde indígena também foram procurados no Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas (CMAP), coordenado pela CGU. A busca resultou no registro “Relatório de Avaliação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasisus) – Ciclo 2022¹¹”.

Para análise do contexto de influência, buscaram-se, na plataforma Google Acadêmico, artigos que registraram os processos políticos e movimentação partidária no Sasisus e SUS no período de 2011 a 2022. Baptista¹² e Morosini *et al.*¹³, que investigaram a interação entre portarias ministeriais, dinâmica da gestão do SUS e processos políticos subjacentes ao contexto político-institucional, também guiaram a análise documental. Foram analisados aspectos marcantes da interface entre política, burocracia e autoridades centrais, aqui definidas como os ocupantes de cargos de ministros da saúde e secretários da Sesai. Adicionalmente, buscou-se compreender a influência multipartidária sobre a implementação da política de saúde indígena.

A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética (CAAE 64583822.5.0000.5016).

Resultados e discussão

Contexto de produção de textos reguladores do Sasisus

Descrição das portarias e avaliação da gestão da Sesai

As portarias selecionadas para o período de 2011 a 2022 totalizaram trinta documentos.

Desses, 26 atos normativos foram classificados no núcleo Gestão e Organização do Sasisus, e os outros quatro foram enquadrados no núcleo Orientação da Assistência à Saúde aos Povos Indígenas.

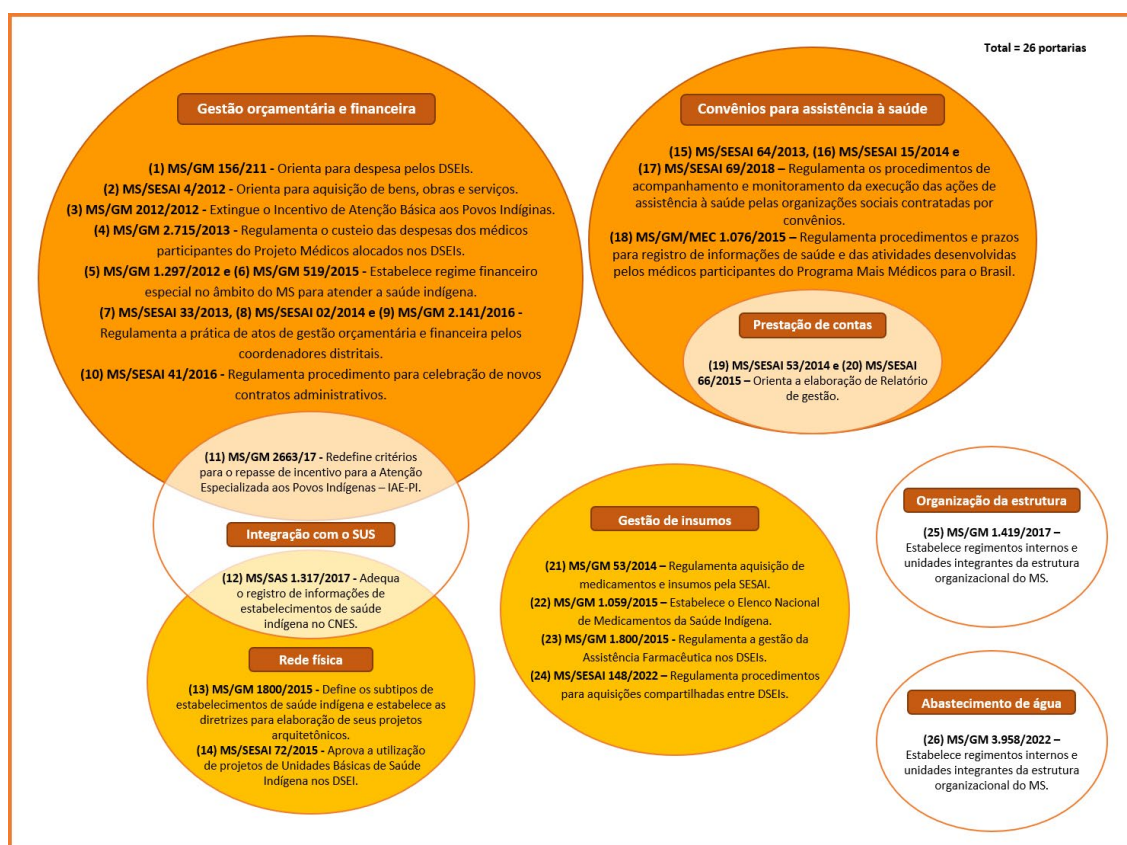


Figura 1. Portarias de gestão e organização do Sasisus.

Fonte: Sistema de Legislação da Saúde, 2023.



Figura 2. Portarias de orientação da assistência à saúde dos povos indígenas.

Fonte: Sistema de Legislação da Saúde, 2023.

O Relatório de Avaliação da Gestão da Sesai, realizado pela CGU¹⁰, avaliou a execução das ações da Sesai no exercício 2019, tomando como base a relação custo-benefício do recurso despendido pela Secretaria. A seguir, uma súmula do parecer da auditoria:

- Não identificaram embasamento técnico para parametrizar o quantitativo de profissionais contratados nos diversos DSEI.
- No processo de nomeação de coordenadores dos DSEI, os auditores apontaram vínculos deles com setores econômicos locais.
- Ausência de estudos preliminares orientados para solução de problemas que servissem de base na definição de metas.
- Não identificaram acompanhamento, avaliação e aferição da execução física e financeira dos convênios firmados com as entidades terceirizadas prestadoras de serviços
- Os relatórios de gestão feitos pela Sesai apresentam indicadores descontinuados e incapazes de proporcionar medição da situação de saúde da população atendida.
- Não encontraram evidência de utilização de indicadores para orientar a tomada de decisões e medir os resultados das intervenções efetuadas.
- Não verificaram confiabilidade das fontes dos dados utilizados para o cálculo dos indicadores apresentados.

Três anos depois, o relatório do CMAP¹¹ apontou que, apesar dos avanços na redução da mortalidade infantil e na expansão dos serviços de saúde, persistiam desigualdades significativas nos indicadores da saúde indígena em comparação com a população geral. O documento identificou limitações no funcionamento e na utilização dos sistemas de informação e fragilidades nos indicadores empregados, que se mostraram inadequados para monitoramento das ações. Ressaltou, ainda, a necessidade de aprimorar a governança da Pnspi e que as normas em vigor não delimitavam claramente as competências das partes envolvidas na política, comprometendo tanto o planejamento e o monitoramento das ações quanto a eficácia dos objetivos do Sasisus.

Prioridades normativas

Os atos normativos de Gestão e Organização do Sasisus (Figura 1) equivalem a 86,7% do total de portarias no período estudado e somente 13,3% delas se voltaram para Orientação da Assistência à Saúde aos Povos Indígenas (Figura 2). A maioria das portarias publicadas se relaciona à Gestão Orçamentária e Financeira (9), seguidas de portarias sobre Gestão de Insumos (5), Prestação de Contas (5) e Convênios para a Assistência à Saúde (4). Em menor número estão as portarias classificadas como Rede Física (3), Normas para Rotinas e Assistência à Saúde (3), Integração com o SUS (2), Organização da Estrutura (1) e Extensão de Cobertura (1).

A análise identificou prioridade dada à organização dos processos administrativos em detrimento da criação de normas e procedimentos ordenadores de rotinas da Atenção à Saúde Indígena. Contrastivamente, entre 2001 e 2014¹⁴, o Ministério da Saúde emitiu 224 normativas direcionadas à Atenção Básica para a população não indígena. Dessas, 163 (72,7%) orientavam o desenvolvimento de ações, programas e estratégias de aprimoramento das práticas e rotinas de Atenção à Saúde. Embora se trate de períodos temporalmente distintos, dado que a Sesai foi criada somente em 2010, mas o contraponto destaca a diferença entre prioridades de gestão no Sasisus e no restante do SUS.

Garnelo⁵, que analisou portarias ministeriais sobre a gestão do SUS e do Sasisus de 1999 a 2011, observou também a predominância de portarias relacionadas à gestão e à administração do Sasisus. Naquele período, a Funasa emitiu 19 normas sobre o tema, mas apenas sete abordavam a organização da assistência à saúde indígena. A tendência de priorizar a regulação na área meio do subsistema se manteve evidente mesmo após a integração da política de saúde indígena à estrutura do MS com a criação da Sesai. Esses indícios apontam a persistência de limitações nos ordenamentos institucionais em detrimento da adequação das práticas assistenciais às realidades étnico-culturais específicas dos povos atendidos pelo Sasisus.

O Sasisus e o SUS não indígena

As portarias dos subnúcleos Insumos, Convênios para Assistência à Saúde e Gestão Financeira e Orçamentária, em especial as publicadas entre 2011 a 2016, regulam o dispêndio de recursos materiais necessários, contratação de profissionais e processos de aquisição e distribuição de insumos para os DSEI. O conteúdo dessas portarias expressa posições divergentes com o processo de constituição do SUS. Em decorrência do processo de descentralização¹⁵, o nível federal limitou-se a gerir, transferir recursos, normatizar, monitorar e não mais executar ações, principalmente de APS delegadas aos municípios.

O estabelecimento do Sasisus cria uma exceção: parte do MS – a Sesai – passa a atuar como executor de serviços para os quais não tinha capacidade instalada no momento de sua instituição⁴. Isso justifica o destaque dado à normatização da gestão orçamentária e financeira e de insumos nos primeiros anos da Secretaria, bem como a ênfase dada às normativas gerenciais de controle das contratações terceirizadas de serviços de saúde nos DSEI. Em contraste com as diretrizes da Pnspi e do SUS, esse modelo prioriza fortemente a oferta de consultas individuais de demanda espontânea.

Além disso, o padrão de repasses federais na saúde indígena para as entidades contratadas se assemelha a acordos interfederativos superados no SUS¹⁶, como os pagamentos por procedimentos da Norma Operacional Básica de 1991 (NOB-91), em que o gestor federal priorizava repasses relacionados à realização de procedimentos e consultas sem considerar fatores epidemiológicos, territoriais e demográficos.

A partir de 1993, o arcabouço normativo do SUS demonstra maior compromisso com a universalização do acesso e a valorização de ações para reduzir perfis de morbimortalidade¹⁷. Com a NOB-93, priorizou-se a transferência de recursos baseada

em critérios populacionais, não apenas na produção de serviços. A partir de 2006, o Pacto pela Saúde formalizou compromissos interfederativos com base em indicadores de melhorias nas condições de saúde da população, indicando avanços na gestão da saúde pública que foram parcialmente perdidos com o Programa Previne Brasil¹³. Tais avanços não incidiram de forma equivalente no Sasisus.

Influência e desafios da Administração Gerencial no SASISUS

As portarias classificadas como Convênios para Assistência à Saúde e Prestação de Contas tratam, sobretudo, da definição dos mecanismos de controle, acompanhamento e monitoramento das ações desenvolvidas pelas organizações sociais contratadas por meio de convênios e dispõem sobre o Relatório de Gestão. As Portarias MS/SESAI n. 69/2018 e n. 15/2014 (Figura 1), por exemplo, tornam obrigatório aos DSEI o envio de relatórios que contenham avaliação de desempenho dos profissionais de saúde, dentre outras medidas fiscalizadoras mais comprometidas com o registro de uma produção quantificável – de consultas ou procedimentos – do que em avaliar a efetividade e a resolutividade no Subsistema.

O modelo gerencial adotado pela Sesai é expressão da inconclusa reforma administrativa dos anos 90, no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC)¹⁸. Embora sua implementação tenha sido parcial, as ideias inspiradas no modelo de governança corporativa de instituições financeiras se disseminaram na burocracia federal e repercutiram nos processos de instituição de políticas de Saúde Pública¹⁹. Dentre elas, destaca-se o estímulo à gestão por resultados mensurados pela produtividade e não pela melhoria de condições de saúde da população atendida.

A reforma gerencial resultou em dispositivos como a Lei das Organizações Sociais (Lei 9.637/1998) e a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101/2000), que exigiam um rígido controle sobre o desempenho das organizações. Esse movimento fortaleceu as funções regulatórias do Estado e exigiu novas práticas no serviço público, como a adoção de indicadores de desempenho que enfatizassem a responsabilidade individual dos profissionais pela atuação organizacional²⁰. Essa “contratualização de resultados” foi progressivamente incorporada ao vocabulário das políticas públicas no país¹⁹. Embora inconclusa, incapaz de atingir seus objetivos e fazer frente ao clientelismo vigente na máquina pública, a reforma administrativa e a terminologia do corporativismo financeiro persistiram como ideário de um modelo de governança nos modos de prestação de contas, mecanismos de avaliação e outras estratégias de controle interno, tal como as cobradas pelos auditores da CGU^{10,11}.

Esse cenário influenciou o modelo de regulação da Pnspi. Entretanto, conforme apontam os relatórios de avaliação da CGU¹⁰ e CMAP¹¹, a implementação do Sasisus falhou em controlar as ações e operações realizadas pelas entidades conveniadas e não conseguiu avaliar o desempenho do Subsistema. Os relatórios apontam a insuficiência das ações de planejamento e monitoramento que se associam à ausência de metas orientadas para resolução de problemas de saúde, de dados confiáveis e indicadores adequados. Nesse sentido, observa-se que, embora a adoção da lógica gerencial na produção de normativas tenha sido priorizada, elas se mostraram ineficazes para avaliar o alcance de resultados e o cumprimento dos objetivos da Pnspi.

Regulamentação fragmentada e desafios de integração

No conjunto de normativas direcionadas à Gestão e Organização do Sasisus (Figura 1), dois atos (6.5 % do total selecionado) dispõem sobre regramentos, estratégias de atendimento, fluxos diferenciados e mecanismos de negociação nos municípios e estados. A Portaria MS/GM 2.663/2017 regulamentou incentivos financeiros destinados à melhoria do acesso aos serviços especializados para a população indígena, e a Portaria MS/SAS 1.317/2017 adequou a nomenclatura dos estabelecimentos de saúde indígena ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

Nota-se, contudo, uma escassez de dispositivos reguladores das relações interfederativas, em conformidade com outras pesquisas que indicam desafios na integração do Sasisus com o restante do SUS²¹. Embora a “distritalização” seja um pilar estratégico da Pnspi¹, não foram encontradas orientações às práticas de Atenção à Saúde nos polos-base dos DSEI e sua subsequente articulação e seu compartilhamento com serviços de saúde dos municípios e estados, dos quais os DSEI dependem para acesso à média e à alta complexidade. Fica evidente que os atributos específicos do modelo assistencial e uma definição apropriada dos níveis de resolutividade das unidades assistenciais nos DSEIs não foram devidamente explicitados.

Infraestrutura e saneamento do Sasisus

As portarias MS/GM 1.801/2015 e MS/SESAI 72/2015, referentes à Rede Física, regulam projetos arquitetônicos no Sasisus. Embora incluam adaptações, como áreas para veículos, alojamentos e sala individualizada para atendimento, as normas seguem um padrão urbano usual, priorizando salas e consultórios para atendimentos individuais, não contemplando as características e necessidades das comunidades indígenas, especificidades locorregionais e atividades coletivas.

A Portaria MS/GM 3.958/2022 cria mecanismos de planejamento, fiscalização e avaliação da prestação de serviços de abastecimento de água potável em comunidades indígenas atendidas pelo Sasisus (Figura 1). Ela propõe programa de acesso à água potável e acompanhamento da construção de poços artesianos e monitoramento da qualidade da água nas aldeias indígenas. Com foco na gestão administrativa, o documento não agrega orientações práticas quanto ao desenvolvimento de ações de saneamento adequadas ao ambiente indígena, nem diretrizes para educação em saúde ambiental. Ademais esse foi o único documento publicado sobre o tema ao longo dos 12 anos de implementação da Pnspi pela Sesai. Dado o predomínio das doenças infecciosas e parasitárias no perfil de morbimortalidade indígena no Brasil, tais lacunas comprometem a redução da elevada mortalidade infantil indígena.

Desafios na orientação da Atenção à Saúde Indígena

Portarias do núcleo Orientações da Assistência à Saúde dos Povos Indígenas apresentam inexpressivas propostas de adequação de rotinas e programas orientados pela integralidade da atenção²². Das quatro portarias identificadas (Figura 2), três estão relacionadas a ações programáticas na APS. Elas tratam da implementação da

Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) no contexto do Sasisus (Portaria MS/GM 1.397/2017), da revisão do Calendário Nacional de Vacinação para os povos indígenas e das Campanhas Nacionais de Vacinação no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI) (Portarias MS/GM 1.498/2013 e 1.533/2016).

A Estratégia AIDPI visava estender aos DSEI o protocolo já utilizado nas Unidades Básicas de Saúde do SUS, visando atender à alta morbimortalidade infantil por doenças respiratórias e outros agravos comuns na primeira infância. Entretanto, a portaria 1.397 não apresentou adequações às realidades indígenas. Já as portarias de imunização estipulavam um calendário de vacinação para a população indígena cuja diferenciação para o Sasisus se limitou à inclusão de uma dose de reforço da vacina pneumocócica 23v para crianças indígenas aos cinco anos de idade e a classificar a população indígena como “grupos-alvo específicos”, elegíveis para receber doses da vacina na Campanha Anual de Vacinação da Gripe. É notável a ausência de orientações sobre a manutenção da cadeia de frio, o transporte e o armazenamento de vacinas adaptados às difíceis condições de acesso às terras indígenas.

A Portaria Conjunta MS/GM e Funai 4.094/2018, voltada para “Atenção à Saúde dos povos indígenas isolados e de recente contato”, inclui esse segmento populacional no cotidiano das ações da Sesai e define diretrizes e estratégias diferenciadas para Atenção à Saúde desses grupos, enfatizando “a necessidade de planos direcionados às situações de contato e em surtos e epidemias”. Embora vise ser instrumento organizador das rotinas de Atenção à Saúde, seu teor não permite um uso prático nas ações de assistência.

A Pnapi¹ destaca a importância da formação de profissionais de saúde para respeitar e valorizar as práticas tradicionais de saúde indígena e compreender as especificidades culturais e socioeconômicas das comunidades indígenas. Entretanto, não foram identificadas normativas que orientassem a capacitação de profissionais de saúde para atuar no contexto intercultural, e os processos formativos de Agentes Indígenas de Saúde permanecem indefinidos.

Autores como Reis *et al.*²³ apontam a relevância de um sistema de informação em saúde e alertam para a limitação de uso do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (Siasi), os problemas relativos à confiabilidade dos dados e à falta de comunicação com os demais sistemas de informação do SUS. A não regulamentação e a subutilização desse recurso dificultam o planejamento e o monitoramento em níveis central e local, impedindo a identificação dos avanços e limites da Pnapi, como observado no relatório do CMAP¹⁰.

As normativas encontradas não refletem adequação institucional para lidar com contextos interculturais no âmbito da APS. Diversos autores²⁴⁻²⁶ têm apontado a necessidade de adaptação de um modelo de saúde às especificidades culturais da população atendida, tendo em vista que a identidade étnica é o elemento crucial que faz dos povos indígenas beneficiários de um subsistema de saúde. Apesar disso, o tema não teve destaque nas portarias identificadas na pesquisa.

O reduzido número de portarias que colocaram em prática as diretrizes da Pnapi – enfatizando a atenção diferenciada, integral e integrada¹ à saúde – é sugestivo de

incipiente esforço institucional nessa vertente de ação, sendo ainda menor que os resultados obtidos pela Funasa na década anterior⁴. Ressalte-se que a provisão de cuidados aos povos indígenas exigiria, pela própria natureza do trabalho, grande esforço de adaptação das ações de APS às singularidades dos territórios e às populações adscritas aos DSEI, o que não se verificou.

Contexto de influência da implantação do Sasisus

À época da mudança da gestão política de saúde indígena para a Sesai, a Funasa era comandada pelo então Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), que se alinhou ao então governo petista negociando pastas em troca de apoio legislativo²⁷. O partido passou a expandir sua influência na agenda de governo e em seus recursos discricionários, que foram utilizados em investimentos locais para obter apoio eleitoral de prefeitos que, em contrapartida, mobilizavam votos nas eleições gerais. Enquanto o PMDB extraía benefícios distributivos para abastecer sua política miúda²⁸, as políticas sociais compensatórias e de alcance universal, como o Programa Bolsa Família, eram priorizadas pelo governo Lula (Partido dos Trabalhadores, PT) que comandava o poder executivo à época.

Ministro da Saúde no período (2007-2011), que antecedeu a criação da Sesai, José Gomes Temporão alegou em entrevista²⁹ que, dentre os cargos relacionados à saúde, a única posição que não teve condições de nomear foi o titular da Funasa devido “[...] ao perfil do Congresso Nacional e às especificidades do presidencialismo de coalizão” (p. 2063). O ministro também apontou não conseguir induzir comprometimento dos gestores da Funasa com o Plano Nacional de Saúde. Na mesma época⁴, a análise do desempenho da instituição apontou igualmente fraca a capacidade técnica e o compromisso com a temática indígena nos planos de ação da Funasa. Adicionalmente, a gestão da entidade enfrentou uma série de dificuldades operacionais fazendo que órgãos de controle e justiça recomendassem a reestruturação do Subsistema⁶. Nesse contexto, a responsabilidade sobre as ações de saúde indígena foi transferida para o MS, criando-se a Sesai em 2010.

De 2011 a 2015, no primeiro governo Dilma, o PT assumiu a liderança da pasta da saúde³⁰, nomeando quadros do partido para cargos-chave, incluindo o secretário da Sesai. Nesse período, a gestão da política de saúde indígena ficou sob influência da base governista. Em outubro de 2015, uma crise política gerou uma reorganização do apoio no Congresso e o PT perdeu o controle do MS para o PMDB. Essa coalizão revelou-se insustentável, levando ao *impeachment* da presidente Dilma Rousseff em 2016. Como resultado, a pasta passou a ser comandada pelo Partido Progressista, sendo a Sesai realocada para área de influência do PMDB. A Portaria MS/GM 1.419/2017 (Figura 1) promoveu novo reordenamento do MS, reduzindo as atribuições da Sesai, mas mantendo inalterada a política de contratações via convênio e a livre nomeação dos 34 cargos de confiança para coordenador de DSEI.

A rigor, o modelo de contratação de pessoal via convênios já praticado pela Funasa⁴ não foi alterado. Porém, se antes as contratações terceirizadas de profissionais de saúde eram precárias, definidas pelas gerências locais do DSEI, sem continuidade ou controles claros⁵, com a criação da Sesai o modelo foi consolidado, ampliado e centralizado. Para

além da complementação das ações de saúde, a terceirização da assistência tornou-se o pilar fundamental para a operacionalização da política de saúde indígena e, como vimos, um dos principais objetos de regulamentação no Sasisus.

A Lei de Responsabilidade Fiscal classifica os contratos de terceirização como “Outras Despesas de Pessoal” e tais valores não são incluídos no somatório dos gastos com pessoal, cujo limite é controlado pela referida lei. Costa e Lamarca³¹ destacam que tal legislação deu forte estímulo à terceirização de serviços e vínculos de trabalho pelos governos e gestores durante os mandatos de FHC, tendência mantida no governo Lula mesmo com o aumento das contratações via concursos públicos. A predominância de contratos terceirizados na administração federal evidencia, segundo os autores, que ambos os regimes presidenciais adotaram uma composição de força de trabalho híbrida, possibilitando atender às demandas das coalizões políticas, não apenas por cargos comissionados, mas também pelo controle dos contratos com as organizações sociais.

É importante ressaltar que as despesas relacionadas a contratos de terceirização são consideradas despesas discricionárias. Isso implica que sua alocação e execução estão sujeitas à decisão do gestor público quanto à sua utilização. Em estudo que busca demonstrar como os partidos políticos influenciam os recursos discricionários de ministérios no Brasil, Meirelles²⁷ sugere que, uma vez assumindo o controle de uma pasta, os partidos começam a exercer influência sobre os investimentos gerenciados por ela. Isso motiva seus correligionários locais a buscar e a receber mais recursos dessas pastas, fortalecendo os poderes locais e a capacidade eleitoral do partido. O autor demonstra que os retornos distributivos são mais significativos nas localidades alinhadas ao representante da pasta.

O Sasisus, cujas ações estão atreladas ao orçamento de custeio discricionário³² sob o modelo da terceirização, foi permanente objeto de disputa entre os partidos que formavam a base e as coalizões com o executivo federal. Contudo, a partir de 2016, no governo Temer, o Legislativo começou a alterar a legislação orçamentária para garantir para si controle cada vez maior dos recursos federais, ampliando a capacidade de destinarem verbas de emendas parlamentares para setores de forte apelo eleitoral, como a saúde³³. Ao mesmo tempo, criavam mecanismos restritivos ao financiamento do SUS, como o congelamento do piso de gastos em ações e serviços públicos de saúde determinado pela Emenda Constitucional no 95/2016.

O governo Bolsonaro, então representado pelo Partido Social Liberal (PSL), intensificou o processo ao permitir as emendas de relator. Ao ceder o controle do orçamento ao Legislativo, os parlamentares ampliaram o uso de recursos do Poder Executivo para fortalecer sua influência na política local. Paralelamente, isso propiciou a manutenção da base governista³⁴ cuja agenda política era o extremo oposto dos princípios que guiaram a Pnspi³⁵.

Apesar dessas mudanças, Abranches³⁴ sugere que o aspecto fundamental do presidencialismo de coalizão não sofreu alterações significativas, mas tornou-se mais complexo, menos funcional e com custos elevados. O governo Bolsonaro conseguiu manter correligionários em cargos do Executivo sem modificar sua agenda política e ideológica. Tal arranjo político permitiu que a Sesai fosse conduzida por secretários alinhados à base do governo durante os anos Bolsonaro. Nesse período, foram

publicadas somente duas portarias de gestão do Subsistema (Figura 1), mas nenhuma voltada para o ordenamento da assistência à saúde indígena. A execução da política manteve-se por meio de convênios com entidades privadas¹⁰, seguindo as mesmas regras dos governos anteriores.

Desdobramentos político-institucionais na saúde indígena

No período analisado, as prioridades normativas concentraram-se na regulamentação da gestão do Sasisus. Em consequência, destacaram-se os seguintes desdobramentos político-institucionais: (a) manutenção do Sasisus como objeto da distribuição de poder e recursos aos partidos aliados ou de apoio ao governo; (b) esforços institucionais para disciplinar e manter contratações terceirizadas de profissionais de saúde; (c) demonstração de compromisso com o paradigma gerencialista, porém de forma ineficaz para os alcances dos objetivos da Pnaspi.

O modelo clássico de estudo da administração pública possui como característica central a cisão do campo da política em dois objetos distintos: de um lado, o conceito de *politics* relacionado aos fenômenos e eventos implicados na luta pelo poder, abrangendo processos e atividades realizadas por diferentes atores; e de outro, as *policies* que têm como objeto específico o estudo dos programas de governo e seus possíveis impactos sobre a sociedade³⁶. Assim como Souza Lima e Macedo³⁷, entendemos ser necessário um embate teórico capaz de localizar, criticar, interpretar e reposicionar tais categorias de análise rumo a um modelo inter-relacionado.

A retomada do modelo de Ball^{7,8} nos permitiu compreender a relação entre burocracia (*policy*) e política (*politics*). Sua aplicação na análise da Pnaspi exemplifica interações entre um contexto de influência, composto tanto pelas conquistas políticas em prol dos direitos indígenas, quanto pelas reformas gerenciais e contingências do presidencialismo de coalizão. Enquanto as primeiras influências moldaram a formulação da política, as posteriores influenciaram a produção da burocracia no Sasisus ao longo das décadas seguintes, mantendo intocadas as práticas que favoreciam organizações partidárias que competiam na arena eleitoral. Consequentemente, a instrumentalização da política de saúde indígena ficou restrita à produção de meios para sua existência enquanto órgão contratante de serviços terceirizados, em prejuízo da agenda política e da práxis que guiaram a formulação original da Pnaspi.

Conclusão

A implementação de uma política pública compreende uma série de processos decisórios e rede de atores, configurando uma dinâmica conhecida como cadeia decisória³⁸. Nesse contexto, a distinção entre as fases de formulação e implementação não é clara nem linear. Pelo contrário, a interação entre os decisores, os temas discutidos e os contextos específicos exercem influência sobre as ações dos burocratas e sobre os instrumentos de ação estatal desenvolvidos e utilizados por eles. Essa interação nem sempre está alinhada com os objetivos originalmente planejados. Nesse sentido, as

portarias analisadas surgem como instrumentos essenciais para compreender essa dinâmica por expressar decisões tomadas e omitidas.

Normas e procedimentos são imprescindíveis à operacionalização das ações em instituições públicas, fornecendo estrutura organizacional necessária para orientar as interações sociais e institucionais³⁸. Embora por vezes mal conduzida e frequentemente mal interpretada, a burocracia propicia o aprimoramento de práticas anteriores e facilita o trabalho dos profissionais ao estabelecer procedimentos transparentes, tecnicamente fundamentados, consistentes e essenciais ao estabelecimento de uma política como a de saúde. Porém, os ordenamentos das ações de Atenção à Saúde Indígena mantêm um elevado grau de generalidade, carecendo de conceitos, protocolos técnicos, modelos assistenciais e documentos de referência capazes de subsidiar uma atuação adequada aos modos de vida indígena.

As portarias analisadas não estabelecem condições adequadas para que o Sasisus atue como um tipo singular de APS no país. A desproporção do esforço regulatório em prol da administração gerencial sugere que a integração do órgão executor da política de saúde indígena à estrutura do MS não resultou em uma atuação que alinhasse as diretrizes da APS com os princípios contidos na formulação da Pnaspi. Ademais, o esforço regulatório para controlar os contratos com as organizações sociais conveniadas não impediu práticas disfuncionais na gestão dos recursos, tampouco contribuiu para atingir os objetivos do modelo de governança desejado pelos órgãos de controle da Administração Pública^{10,11}.

Urge a revisão do arcabouço gerencial e assistencial do Sasisus, buscando reaproximar-se do ideário e das premissas originais da Pnaspi, incorporar os avanços obtidos na APS no SUS não indígena e aprimorar a competência cultural nas ações assistenciais, ampliando a sensibilidade às necessidades e demandas indígenas.

Por focar nas portarias e nos aspectos regulatórios, o artigo tem como limitações a carência de aprofundamento na implementação prática das políticas de saúde indígena e na execução do cuidado. Essa temática será objeto de publicação futura, priorizando a investigação das medidas gerenciais e assistenciais praticadas no Sasisus.

Contribuição das autoras

Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), à Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Amazonas (Fapeam), à Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e ao Ministério da Saúde (MS) pelo apoio à realização da pesquisa.

Conflito de interesse

As autoras não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Denise Martin Coviello

Editor de debates

Willian Fernandes Luna

Submetido em

18/03/24

Aprovado em

27/09/24

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 31 de Janeiro de 2022. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Diário Oficial da União. 31 Jan 2022.
2. Brasil. Casa Civil. Lei nº 9.836, de 23 de Setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que dispõe sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União. 24 Set 1999.
3. Pontes ALM. Debates e embates entre reforma sanitária e indigenismo na criação do subsistema de saúde indígena e do modelo de distritalização. In: Pontes ALM, Machado FRS, Santos RV, editores. Políticas antes da política de saúde indígena. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. p. 205-29.
4. Garnelo L. O SUS e a saúde indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In: Garnelo L, Teixeira CC, editores. Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 107-44.
5. Garnelo L. Análise situacional da Política de Saúde dos Povos Indígenas no período de 1990 a 2004: implicações no Brasil e na Amazônia. In: Scherer E, Oliveira JA, organizadores. Amazônia: políticas públicas e diversidade cultural. Rio de Janeiro: Garamond; 2006. p. 133-62.
6. Ferreira LB, Portillo JAC, Nascimento WF. A criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. Tempus Actas Saude Colet. 2013; 7(4):83-95.
7. Ball SJ, Bowe R, Gold A. Reforming education and changing schools: case studies in policy sociology. London: Routledge; 1992.
8. Ball SJ. Education reform: a critical and post-structural approach. Milton Keynes: Open University Press; 1994.
9. Teixeira CC, Castilho S. IPEA - Etnografia de uma instituição: entre pessoas e documentos. Rio de Janeiro: ABA Publicações; 2020.
10. Brasil. Controladoria-Geral da União. Secretaria Federal de Controle Interno. Relatório de Avaliação. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Exercício 2019 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 15 Mar 2024]. Disponível em: <https://eaud.cgu.gov.br/relatorios/download/892985>
11. Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas. Ciclo 2022. Relatório de Avaliação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena [Internet]. Brasília: CMAP; 2022 [citado 15 Mar 2024]. Disponível em: https://www.gov.br/planejamento/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2022/avaliacoes-conduzidas-pelo-cmag/sasisus_relatorio-de-avaliacao.pdf
12. Baptista TWF. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. Cad Saude Publica. 2007; 23(3):615-26.
13. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? Cad Saude Publica. 2020; 36(9):e00040220.
14. Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG, Mendonça FF. A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. Cad Saude Publica. 2016; 32(3):e00181.
15. Ouverney AM, Fleury S. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: uma interpretação histórico-institucionalista. Rev Adm Publica. 2017; 51(6):1085-103.

16. Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 365-94.
17. Carvalho G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Cienc Saude Colet*. 2001; 6(2):435-44.
18. Pereira LCB. A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Lua Nova Rev Cult Polit*. 1998; 45:49-95.
19. Carnut L, Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saude Soc*. 2016; 25(2):290-305.
20. Behn RD. O novo paradigma da gestão pública e a busca pela accountability democrática. *Rev Serv Publico*. 1998; 49(4):5-45.
21. Taveira ZZ, Scalco N, Ferreira LB. O subsistema de atenção à saúde indígena e a integralidade da atenção à saúde: a articulação federativa como um caminho a percorrer. In: Santos AO, Lopes LT, organizadoras. *Coletânea Direito à Saúde: boas práticas e diálogos institucionais*. Brasília: CONASS; 2018. p. 154-67. Vol. 3.
22. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6a ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2006.
23. Reis AC, Casanova AO, Cruz MM, Cunha MLS, Gomes MF, Suárez-Mutis MC, et al. Estudo de avaliabilidade do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena: potencialidades e desafios para apoiar a gestão em saúde no nível local. *Cad Saude Publica*. 2022; 38(5):PT021921.
24. Pedrana L, Trad LAB, Pereira MLG, Garnelo L, Torrenté MON, Mota SEC. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Rev Pan Saude Publica*. 2018; 42:e178.
25. Pontes ALM, Rego S, Garnelo L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(10):3199-210.
26. Mota SEC, Nunes M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. *Saude Soc*. 2018; 27(1):11-25.
27. Meirelles F. Política distributiva em coalizão. *Dados*. 2023; 67(1):e20210135.
28. Nobre M. Imobilismo em movimento: da abertura democrática ao governo Dilma. São Paulo: Companhia das Letras; 2013.
29. Temporão JG. Entrevista com o ex-ministro da Saúde José Gomes Temporão. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(6):2061-6.
30. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad Saude Publica*. 2017; 33 Supl 2:e00129616.
31. Costa NR, Lamarca I. Os Governos FHC e Lula e a política para a força de trabalho civil do Governo Central Brasileiro. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1601-11.
32. Pinto DF, Ribeiro AM. Alocação orçamentária e o desempenho: análise dos critérios de distribuição orçamentária das unidades da SESAI/MS. *Rev Gestao Secr*. 2023; 14(7):11268-93.
33. Paiva AB, Gonzalez RHS, Benevides RPS. Instrumentos financeiros de coordenação no SUS. In: Jaccoud L, organizador. *Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras*. Brasília: IPEA; 2020. p. 149-82.



34. Abranches S. Presidencialismo de coalizão em transe e crise democrática no Brasil. RELASP. 2021; 2(3):67-79.
35. Sauer S, Leite AZ, Tubino NLG. Agenda política da terra no governo Bolsonaro. Rev ANPEGE. 2020; 16(29):285-318.
36. Pastor Albaladejo G, editor. Teoría y práctica de las políticas públicas. Valência: Tirant lo Blanch; 2014. Elementos conceptuales y analíticos de las políticas públicas; p. 17-47.
37. Lima ACS, Macedo JP. Notas para uma abordagem antropológica da(s) política(s) pública(s). Rev Anthropol. 2015; 26(2):17-54.
38. Lotta G, organizador. Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil. Brasília: Enap; 2019. A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas; p. 11-38.

The article analyzes the implementation of indigenous health policy through an exploratory qualitative study, focusing on ministerial ordinances issued by the Ministry of Health between 2011 and 2022. The analysis followed the non-linear and interconnected policy cycle approach, exploring the interaction between ministerial ordinances, Brazilian National Health System (SUS) management, and political processes in indigenous health. The results indicated a prioritization of internal organization over guiding norms for providing assistance to indigenous peoples, which favored the political practice of resources distribution for coalition parties. It is concluded that the original doctrine of indigenous health policy has been overshadowed by the unrestricted adoption of managerial logic and resource disputes, preventing the Indigenous Health Care Subsystem from acting as a unique type of Primary Health Care in the country.

Keywords: Health public policies. Health of native population. Government policies and organization.

El artículo analiza la implementación de la política de salud indígena por medio de un estudio exploratorio de base cuantitativa, enfocado en los decretos administrativos emitidos por el Ministerio de la Salud entre 2011 y 2022. El análisis siguió el abordaje no-lineal e interrelacionado de ciclo de políticas, explorando la interacción entre decretos administrativos ministeriales, gestión del Sistema Brasileño de Salud (SUS) y procesos políticos en la salud indígena. Los resultados indicaron una priorización de la organización interna que favoreció prácticas de la política distributiva de coalición, en perjuicio de normas orientadoras de la asistencia a los pueblos indígenas. Se concluye que la doctrina original de la política de salud indígena fue oscurecida por la adopción sin restricciones de la lógica gerencial y por la disputa por recursos, no permitiendo que el Subsistema de Atención a la Salud Indígena actúe como un tipo singular de Atención Primaria de la Salud en el país.

Palabras clave: Políticas públicas de salud. Salud de las poblaciones indígenas. Organización gubernamental y políticas.