

Acompanhamento das políticas e programas voltados para a infância indígena no Brasil (2002-2017)

Follow-up on policies and programs for indigenous children in Brazil (2002-2017)

Daniele Pereira de Souza¹, Monique Azevedo Esperidião²

RESUMO O trabalho descreve as políticas e programas de saúde voltados para a infância indígena no período de 2002 a 2017. Foi construída uma linha do tempo identificando os principais marcos normativos – presentes nas políticas de saúde da criança, saúde materno-infantil bem como fora do setor saúde, para os quais foram descritas a finalidade e principais estratégias de ação das políticas; e, por fim, foram identificadas novas questões relevantes para defesa da saúde da criança indígena. Foi realizada uma análise documental do marco normativo das políticas desde 2002, quando foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Observa-se em primeiro lugar uma ampliação dos aportes legislativos que regulamentam as ações do Estado ante a questão. A saúde infantil teve mais destaque na agenda pública a partir da década de 1980, com a implantação de programas verticais de saúde visando ao monitoramento do crescimento, vacinação, hidratação oral e promoção do aleitamento materno. Identifica-se a implementação de vários programas nacionais e estaduais para melhoria da saúde e intervenções externas ao setor (programas condicionais de transferência de renda e melhorias no sistema de água e saneamento). Por outro lado, analisa-se que a estruturação de ações e políticas se mostram quase sempre transitórias, fragmentadas, de base emergencial, com baixa reversão de práticas concretas de melhora das condições de vida dos indígenas.

PALAVRAS-CHAVE Saúde de populações indígenas. Saúde da criança. Planos e programas de saúde.

ABSTRACT *The work describes the health policies and programs directed to indigenous children from 2002 to 2017. A timeline was constructed identifying the main normative milestones – present in the policies of child health, maternal and child health as well as outside the health sector, for which the purpose and main strategies of policy action were described; and finally, new issues were identified that are relevant for the protection of indigenous children's health. A documentary analysis of the normative framework of policies was carried out since 2002, when the National Policy of Health Care of Indigenous Peoples was created. First, there is an increase in the legislative contributions that regulate the actions of the State in the face of the issue. Child health has been more prominent on the public agenda since the 1980s, with the implementation of vertical health programs aimed at monitoring growth, vaccination, oral hydration and promotion of breastfeeding. We identify the implementation of various national and state programs for health improvement and interventions outside the sector (conditional income transfer programs and improvements in the water and sanitation system). On the other hand, it is analyzed that the structuring of actions and policies are almost always transient, fragmented, with an emergency base, with low reversion of concrete practices of improvement of the living conditions of the indigenous people.*

KEYWORDS *Health of indigenous peoples. Child health. Health programs and plans.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. danielle_PDS@hotmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. moniqueesper@yahoo.com.br

Introdução

O presente trabalho identifica e descreve as políticas e programas de saúde voltados para a infância indígena, no período de 2002 a 2017. O marco temporal de 2002 traz o registro da aprovação da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas¹ que integraria a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais². No ano de 2015, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)³ que tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e a um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. Partindo de um levantamento de informações, percebe-se a importância de refletir sobre o campo das políticas de saúde voltadas para a primeira infância no contexto indígena do Brasil, tendo como marco histórico e as subsequentes elaborações de políticas e programas de atenção à saúde direcionados para essas populações, com um recorte especial para a saúde na infância. Considerou-se então, as seguintes questões norteadoras: como vem se construindo o marco legal de proteção da saúde da infância indígena no Brasil? Quais são as políticas e programas de saúde voltados para a infância

indígena, organizados em âmbito nacional, desde a criação da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas em 2002?

Material e métodos

Foi realizada uma análise documental do marco normativo das políticas identificadas como dirigidas à saúde das crianças indígenas por meio das seguintes fontes de informação: Ministério da Saúde (MS), Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Fundação Nacional do Índio (Funai), Portal da Legislação e Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Como marco temporal para desenvolver a análise documental, será considerado o ano de 2002, quando foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as subsequentes elaborações de políticas e programas de atenção à saúde direcionados para essas populações até o ano de 2017, com um recorte especial para a saúde na infância.

Resultados e discussão

As principais ações de políticas e programas voltadas para a saúde infantil indígena devem ser interpretadas à luz das políticas/programas de saúde infantil e materna, como também das ações governamentais ocorridas fora do setor saúde. O *quadro 1* traz, de forma resumida, um levantamento sobre iniciativas governamentais tidas como importantes no avanço da atenção à saúde da criança indígena no Brasil.

Quadro 1. Linha do tempo das políticas, programas e ações voltadas à saúde da criança indígena

	Políticas e Programas de saúde infantil	Políticas e Programas voltados para a saúde infantil indígena	Políticas e Programas de saúde materno-infantil	Políticas e Programas fora do setor saúde
1970	Programa Nacional de Imunizações (PNI) (1977)	Registro Administrativo de Nascimento de Indígena (1973)		Programa Nacional de Suplementação Alimentar para Mães e Crianças (1976) Expansão do suprimento de água e saneamento básico (1975)
1980	Programas verticais para imunização, monitoramento do crescimento, hidratação oral e promoção do aleitamento materno Campanhas nacionais de imunização e de hidratação oral Programa Nacional da Saúde Infantil (1984)	I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986)	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (1981) Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (1984)	Continuação dos programas de suplementação alimentar Expansão da rede de água e saneamento Constituição Federal Brasileira (1988)
1990	Programa de Assistência à Criança (Paisc) Iniciativa Hospital Amigo da Criança (1992) Programa Nacional para a Redução da Mortalidade Infantil (1995) Implantação da Estratégia AIDPI (1997)	II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993) Lei Arouca (1999) O PNI inicia parceria com a Coordenação de Saúde Indígena. (1999) Criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (1999)	Continuação da implementação do Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism)	Continuação dos programas de suplementação alimentar Expansão da rede de água e saneamento Educação primária universal Estatuto da Criança e do Adolescente (1992)
2000	Implantação da Estratégia AIDPI (2001)	Concretizado um calendário básico para a vacinação dos povos indígenas (2000) Realização de Fóruns específicos sobre saúde da criança indígena pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) III Conferência Nacional de Saúde Indígena (2001)	Programa Nacional para a Humanização da Gravidez e do Parto (2000) Sisprenatal (2000)	Criação dos programas de transferência condicional de renda: Bolsa Escola e Bolsa Alimentação
2002	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002) Implantação da Estratégia AIDPI	Atendimento a 250 comunidades indígenas com aplicação de aproximadamente 300 mil doses de vacinas, parceria entre o MS e Aeronáutica (2002)		
2003 /2004	Programa Primeira Infância Melhor (2003)	Criação do Manual de Atenção à saúde da Criança Indígena Brasileira (2004)	Pacto para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004)	Bolsa Família (2003) Expansão da rede de água e saneamento Melhorias na educação secundária Política Nacional de Assistência Social (2004)
2005 /2006	Criação de comitês locais para a prevenção da mortalidade infantil (2005) Pacto pela Vida (para a redução da mortalidade infantil; 2006)	IV Conferência Nacional de Saúde Indígena (2006)	Norma de Atenção Humanizada ao Recém nascido de Baixo Peso Método Canguru (2007) Licença maternidade pelo período de 180 dias (2008)	

Quadro 1. (cont.)

2009	Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (2009) Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (2009) Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (2012) Programa Brasil Carinhoso (2012)	Comissões Distritais de Investigação e Prevenção de Óbito Fetal e Infantil Indígena. Participação de mulheres indígenas na elaboração das Diretrizes para Atenção à Saúde da Mulher e da Criança Indígena V Conferência de Saúde Indígena	Rede Cegonha (2011) Aumento da licença-maternidade de 12 meses (2013) Estratégia Amamenta Brasil (2013)	Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) Lei nº 12.010 sobre a adoção de crianças indígenas - reconhecer (2009) Programa Saúde na Escola (2007)
2015 /2016	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (2015) Programa Criança Feliz (2016) Caderneta de Saúde da criança (2015)			

Fonte: Elaboração própria.

A saúde infantil teve mais destaque na agenda pública a partir da década de 1980, com a implantação de programas verticais de saúde visando ao monitoramento do crescimento, vacinação, hidratação oral e promoção do aleitamento materno. Para a saúde infantil indígena, teve-se o Registro Administrativo de Nascimento de Indígena (Rani) (1973)⁴, para a proteção das comunidades indígenas e a preservação dos seus direitos. Esse é um documento de identificação, porém não exclui a certidão de nascimento.

No período dos anos 1980, a redução da mortalidade infantil passou a ser um dos objetivos centrais do desenvolvimento, compromisso assumido não só pelo governo federal, mas também nas esferas estaduais e municipais. Teve como principal marco o Programa Nacional para a Redução da Mortalidade Infantil, uma das primeiras tentativas de estruturação de ações voltadas para a redução da mortalidade infantil e materna, desdobrando-se em várias outras iniciativas nos anos subsequentes. Programas verticais para imunização, incluindo campanhas nacionais, monitoramento do crescimento, hidratação oral e promoção do aleitamento materno com o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, representaram grandes avanços. O Programa

de Assistência Integral à Saúde da Mulher inclui o planejamento familiar nas ações de atenção à saúde da mulher, diminuindo riscos como mortalidade materna, aborto, gravidez indesejada e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)^{5,6}.

Nos anos 1990, no Brasil, foi proposto pelo MS um conjunto de programas com forte potencial de atuação na redução da mortalidade infantil: Programa de Assistência à Criança (Paisc) (1984), implantação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) (1999), Iniciativa Hospital Amigo da Criança (1990) – contribuição para o aleitamento materno e a melhor nutrição infantil^{7,8}. Fora do setor saúde, houve a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁹ (1990), Programa de Saneamento Geral, continuação dos programas de suplementação alimentar e educação primária universal. Especificamente para a saúde da criança indígena, as principais ações foram o início da parceria do Programa Nacional de Imunizações (PNI) com a Coordenação de Saúde Indígena e a criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas por meio da Lei Arouca (1999), propiciando melhor controle e planejamento dos serviços a partir de critérios geográficos, demográficos e culturais.

O ano 2000 foi marcado pela concretização de um calendário básico para a vacinação dos povos indígenas e pela realização de fóruns específicos sobre saúde da criança indígena pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Programa Nacional para a Humanização da Gravidez e do Parto (2000) que, nesse recorte, traz a importância da reconstituição do itinerário terapêutico da mulher indígena a partir do ambiente social das aldeias, considerando fatores de ordem socioeconômica e conceitos nativos de saúde, doença e cura¹⁰. Fora do setor saúde, programas de transferência condicional de renda como o Programa Bolsa Escola, incentivando estímulo na frequência escolar, e o Programa Bolsa Alimentação, que beneficiou milhares de famílias reduzindo a desnutrição e a mortalidade infantil¹¹.

Em 2002, foi criada a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, apresentada como marco histórico deste estudo. Ela tem o objetivo de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando toda a diversidade social/cultural/geográfica/histórica/política, reconhecendo a vulnerabilidade aos agravos e os seus direitos culturais. Essa política não somente explicita a condição de ausência de dados como também aponta para a magnitude das desigualdades entre a saúde dos povos indígenas e de outros segmentos da sociedade nacional.

Dados gerados pela Funai, pela Funasa e por diversas organizações não governamentais (ou de cunho religioso) revelam taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis¹².

Nesse sentido, pode-se dizer que o perfil de saúde dos povos indígenas é muito pouco conhecido, o que decorre da exiguidade de investigações, da ausência de inquéritos e censos,

assim como da precariedade dos sistemas de informações sobre morbidade e mortalidade.

O ideal para reverter a atual situação seria o investimento na estruturação de um sistema de estatísticas contínuas e com um maior refinamento metodológico do censo decenal e de outros mecanismos de coleta de dados no que tange aos povos indígenas. Assim, será possível reverter uma danosa 'invisibilidade', demográfica e epidemiológica, em que um dos efeitos mais adversos é o de impedir que se disponha de dados confiáveis para evidenciar, propor e colocar em marcha mudanças visando dirimir situações de desigualdade em saúde¹³.

Por meio dos dados do Censo Demográfico¹⁴, evidenciou-se uma taxa de mortalidade infantil para os indígenas (51,4 por mil), em 2000, significativamente mais elevada que a taxa nacional (de 30,1 por mil). A mortalidade infantil indígena é muito superior a dos demais grupos de cor/raça, inclusive das crianças 'pretas' e 'pardas' (34,9 e 33,0 por mil, respectivamente). Chamam atenção também as elevadas taxas de mortalidade infantil dos indígenas nas regiões socioeconomicamente mais desenvolvidas do País (Sudeste e Sul). Em 2002, a ação identificada para a criança indígena foi o atendimento a 250 comunidades indígenas com aplicação de aproximadamente 300 mil doses de vacinas, parceria entre o MS e a Aeronáutica.

O Programa Bolsa Família (PBF)¹⁵, no que tange à saúde indígena, traz como objetivo (nesse recorte) minimizar, de forma emergencial, situações de insegurança alimentar e vulnerabilidade social que acometem os povos indígenas, principalmente os que vivem em áreas próximas às cidades, em situação de conflito fundiário, atingidos por situações de seca, chuva e/ou outras calamidades, e ainda aqueles povos cujos territórios não dispõem mais de recursos naturais suficientes para prover as necessidades das famílias segundo os modos tradicionais de roçado, caça, coleta e pesca.

As condicionalidades do PBF incluem

áreas da saúde, educação e assistência social, em que, para receber o benefício, há um acompanhamento educacional da criança e gestacional/alimentar/vacinal da mãe e da criança. Um estudo realizado por Rasella¹⁶ mostrou que o PBF tem desempenhado um papel significativo na redução da mortalidade infantil no Brasil, por meio de uma abordagem multissetorial, avaliando seus mecanismos intermediários previstos nas condicionalidades impostas pelo programa.

O relatório produzido pelo Ministério de Desenvolvimento Social, mediante um estudo etnográfico, constatou que praticamente todas as investigações realizadas com sete povos indígenas revelaram um discurso de que o dinheiro do PBF é realmente destinado para as crianças, sendo investido na compra de materiais escolares, roupas e calçados para frequentarem a escola de forma adequada ou na compra de alimentos. Os relatos revelaram a centralidade da associação ‘benefício do PBF’ e ‘crianças’ no imaginário social das famílias, nos diferentes grupos étnicos estudados. As crianças são consideradas as beneficiárias principais do recurso recebido pela família do PBF¹⁷.

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM)¹⁸ integra a política de Governo do Estado do Rio Grande do Sul para a promoção do desenvolvimento integral da primeira infância. O PIM tem como objetivo orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças da gestação aos 5 anos e 11 meses de idade. São realizadas visitas domiciliares, e atividades grupais são realizadas semanalmente por visitadores exclusivos que atuam na promoção e no fortalecimento das competências familiares para o cuidado, educação e proteção das crianças, com foco no estímulo dos aspectos emocionais, físicos, intelectuais e sociais.

O Programa traz a crença de que o empoderamento das raízes sócio-histórico culturais pode propiciar uma melhor inclusão social das comunidades indígenas e quilombolas, possibilitando-lhes transitar em

outras culturas sem se permitir aculturar-se. Porém não há ações específicas voltadas para a criança indígena.

O Plano Nacional da Primeira Infância¹⁹ destaca a questão da criança indígena e os limites da aplicação da noção de infância em seus respectivos povos. Dessa forma, a primeira infância dos povos indígenas apresenta especificidades, não se restringindo à idade nem ao imaginário da infância como uma etapa da vida limitada ao lúdico, ao brincar, à inocência ou à carência de conhecimentos. As responsabilidades não vêm em oposição ao ‘ser criança’, o lúdico não é antagônico à aquisição de responsabilidades e à importância da realização de pequenas tarefas. Na vida comunitária, a criança também tem sua contribuição, pois colaborar com os seus semelhantes é genuíno do aprender a ‘ser índio’ dentro do círculo ao qual pertence.

A PNAISC²⁰ objetiva a promoção e proteção à saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

A PNAISC institui que a atenção voltada para a criança indígena encontra-se nas ações estratégicas do eixo de atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade, em que pontua sobre a articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas.

Para municípios com população indígena, a saúde dela enfrenta um grande desafio, de reduzir à mortalidade infantil e perinatal. O Programa Criança Feliz, criado em 2016, traz a necessidade de investimento na estratégia AIDPI para qualificar a assistência prestada pelos profissionais de saúde e pelos serviços de saúde indígena.

O Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) no Nordeste e Amazônia Legal²¹ traz que a região Norte é a que mais apresenta indicadores de iniquidade. A Amazônia Legal concentra a maior parte da população indígena. Dos 34 distritos sanitários indígenas no Brasil, 16 são considerados prioritários em termos de vulnerabilidade, sendo que 10 deles estão situados na Amazônia Legal. As ações realizadas na atenção a esses povos são transversais a todas as políticas e programas de ação do MS. As principais ações realizadas no PRMI foram a realização de curso para a formação de multiplicadores da AIDPI; intensificação das ações de atenção primária como imunização; participação de mulheres indígenas na elaboração das Diretrizes para Atenção à Saúde da Mulher e da Criança Indígena; estabelecimento em alguns distritos de Comissões Distritais de Investigação e Prevenção de Óbito Fetal e Infantil Indígena.

Propostas de apoio à implementação do PRMI na perspectiva da saúde indígena foram:

- Intensificação das ações de atenção primária que enfocam controle do pré-natal, parto e puerpério com a implementação dos testes rápidos de sífilis para todos os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI); prevenção do câncer de colo de útero e de mama; imunização, prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/HIV/Aids); atenção em planejamento reprodutivo, vigilância nutricional das gestantes;
- Valorização das práticas tradicionais, fortalecendo a parceria com os especialistas e cuidadores tradicionais indígenas, entre eles as parteiras;
- Implementação em área indígena da Rede Amamenta nos DSEI, para promoção do aleitamento materno e amamentação

exclusiva, e adaptação da estratégia de alimentação complementar à perspectiva indígena;

- Institucionalização das Declarações de Nascimento e Óbito pelas equipes Multidisciplinares de Saúde dos DSEI, no caso de nascimentos e óbitos ocorridos nas aldeias indígenas, e fortalecimento da cobertura Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) com a operacionalização das sedes dos DSEI, como unidade alimentadora destes sistemas, em cumprimento à Portaria MS/SVS nº 116/2009;

- Melhoria na oportunidade e qualidade dos dados coletados enfatizando a demografia, os óbitos e nascimentos no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) e a adaptação dos sistemas para os processos de interoperabilidade entre este e os sistemas SIM e Sinasc. Execução de um *linkage* entre os bancos do Siasi e do SIM, intensificando o processo de avaliação do subsistema;

- Fortalecimento da política de investigação de óbitos, com assento nos comitês de óbitos estaduais de representantes da saúde indígena, e melhoria da qualificação dos dados e do processo de vigilância de óbitos, pela definição das competências e responsabilidades dos codificadores na CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), formados nos distritos, com foco na redução dos óbitos com causas mal definidas;

- Definição das Diretrizes da Saúde da Mulher e da Criança Indígena visando organizar a atenção desse grupo populacional de forma que contemple suas especificidades étnico-culturais;

– Inserção da perspectiva indígena no processo de adequação da ambiência de estabelecimentos de saúde para o parto e nascimento humanizado, por meio da articulação com a Rede HumanizaSUS, e estabelecimento de pactuação com hospitais de referência na saúde indígena;

– Divulgação dos resultados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, em convênio com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), e realização de seminários intersetoriais para a análise e definição de estratégias de intervenção;

– Estabelecimento de articulação com a média e alta complexidade na definição de aspectos específicos para o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena na regulação dos leitos obstétricos e neonatais;

– Realização de quatro seminários macrorregionais durante o ano de 2011;

– Implantação da autonomia administrativo-financeira nos DSEI;

– Ampliação da rede de saneamento ambiental nas aldeias indígenas;

– Implantação de pontos de Telessaúde em polos-base indígenas;

– Celebração de contrato de gestão com os DSEI, a fim de permitir a definição de ações e metas, priorizando a temática da redução da mortalidade infantil e a inclusão de informações específicas na confecção de relatório de gestão do distrito;

– Incorporação das metas de fortalecimento do controle social como: Confecção de material específico sobre mortalidade infantil, para uso no processo de formação dos conselheiros dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi); Fortalecimento desta

temática nas discussões para ampliação da consciência sanitária e combate à mortalidade infantil; Implantação de ouvidorias nos DSEI e foco nesta temática.

Como desafios e perspectivas, o documento traz que tem ocorrido uma melhora contínua na atenção à saúde de mulheres e crianças, trazendo possibilidades de estabelecer ações estruturantes que merecem ser aprofundadas para o aperfeiçoamento do saber-fazer em saúde, no âmbito da gestão e do cuidado. Outro importante ponto abordado foi em relação à integração das políticas específicas, em que ficou clara a necessidade de estabelecer linhas de cuidado que ultrapassem as fronteiras das áreas de conhecimento.

O documento traz que a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis surge como possibilidade de inovação de gestão e cuidado. Partindo do pressuposto exatamente da indissociabilidade das diferentes práticas em saúde, do cuidado à promoção da saúde, a Estratégia assume o desafio de articular intra e intersetorialmente políticas e ações que promovam a qualidade de vida da mulher e da criança, possibilitando intervenções que vão para além da simples sobrevivência.

Sobre as conferências de saúde indígena, pode-se destacar o surgimento de algumas questões sobre a saúde da criança indígena surgidas diante do desenvolvimento de ações a nível federal. A I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio²² foi um desdobramento da histórica VIII Conferência Nacional de Saúde. Esse foi o primeiro evento com legitimidade para discutir política de saúde dos povos indígenas brasileiros. No relatório produzido (1986), não há registro de ações específicas voltadas para a infância. O mesmo ocorre com a Conferência Nacional de Saúde para os povos indígenas²³, na qual o principal tema foi a definição das diretrizes da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas. Os debates refletiram pontos que resultariam posteriormente na aprovação

da Lei Arouca (nº 9.836/99), que instituiu o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), como a criação dos DSEI.

A III Conferência Nacional de Saúde Indígena²⁴ teve como tema: ‘Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde indígena, com controle social’, e a partir desse evento já começam a surgir questões voltadas para a atenção à criança. Aparecem como proposta:

– A implantação dos programas de controle das DST e Aids, alcoolismo, tuberculose, saúde da mulher, criança e adolescente deve ser considerada prioritária na implementação dos Distritos e Casas de Saúde Indígena (Casai).

Em temas gerais, houve apoio à indicação da Pastoral da Criança ao Prêmio Nobel da Paz, reconhecendo a importância do seu trabalho que está presente em 106 comunidades indígenas, contando com a participação de 371 líderes, acompanhando 362 gestantes, 5.463 crianças indígenas e 3.567 famílias de aldeias indígenas.

A IV Conferência Nacional de Saúde Indígena²⁵ teve como tema central orientar discussões em todas as etapas regionais – ‘Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI): território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições’. No tocante à organização de atenção à saúde da criança, são identificadas as ações para garantir programas de alimentação para as gestantes e as crianças de baixo peso e garantidas as ações para redução da mortalidade materno-infantil da população indígena, bem como especial atenção à gravidez de risco, tanto na assistência ambulatorial quanto na hospitalar, além de implantar a melhor forma de assistência à gestante, no último mês de gestação, e ao parto, com parteiras indígenas.

A V Conferência Nacional de Saúde Indígena²⁶ foi organizada à luz do tema ‘Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e SUS: direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada’. Foram identificadas como ações a realização de avaliação periódica, nas aldeias, das pessoas com risco nutricional e

com baixo peso e a garantia dos alimentos e dos nutrientes necessários para crianças diagnosticadas com baixo peso e muito baixo peso. Garantia de que o MS/Sesai (Secretaria Especial de Saúde Indígena) articule com Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e Conselho Nacional de Saúde (CNS); e o DSEI com estados e municípios, a disponibilização de maior número de procedimentos e menor tempo de espera para exames, consultas e vagas em hospitais para pacientes indígenas com ênfase na equidade, a exemplo de tratamento de saúde da mulher, de crianças, idosos e assistência do tratamento oncológico e outras de média e alta complexidade; objetivando a redução de tempo de espera dos indígenas nas Casais, observando a especificidade sociocultural do paciente indígena; garantia de fornecimento, pelo DSEI/Sesai, de bolsas de colostomia, colchão d’água, suplemento alimentar (fórmula láctea) para crianças que necessitam de atenção especial, fraldas e insumos necessários para atender os indígenas portadores de necessidades especiais, pacientes acamados e/ou idosos nos municípios que não possuem o serviço de Benefício de Atenção Básica estruturado.

Identificam-se novamente ações de incentivo ao aleitamento materno, e que implante em todos os DSEIS um Banco de Leite Materno destinado às crianças desnutridas e em risco de desnutrição, como fonte de suplementação alimentar e nutricional; acompanhamento e monitoramento das gestantes desnutridas pelas equipes multidisciplinares do desenvolvimento da criança e de sua genitora tendo como base o fortalecimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) Indígena, por meio de ações da promoção de saúde e educação alimentar e nutricional.

Observa-se também, como um importante instrumento para o monitoramento dessas ações, o Observatório de Saúde Indígena²⁷

que possui como foco o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, visando gerar conhecimentos, maximizar as janelas de informação e comunicação inerente aos povos indígenas, qualificar a gestão e fortalecer o controle social, apoiado pela Sesai/MS.

Diante da análise e considerando o panorama geral, pode-se dizer que o perfil de saúde dos povos indígenas é pouco conhecido, o que decorre da exiguidade de investigações e da precariedade dos sistemas de informações sobre morbimortalidade, influenciando diretamente na formulação de políticas públicas condizentes com a realidade. As ações realizadas na atenção a estes povos são transversais a todas as políticas e programas de ação do MS. Há ampliação dos aportes legislativos que regulamentam as ações do Estado desde o marco histórico e, por outro lado, a estruturação de ações e políticas quase sempre transitórias, fragmentadas, de base emergencial, que pouco se reverterem em práticas concretas de melhora das condições de vida.

Considerações finais

No que diz respeito ao marco legal sistematizado, observa-se a ampliação dos aportes legislativos que regulamentam as ações do Estado desde a criação da Política Nacional Saúde Indígena (PNSI) com importantes

avanços para proteção de direitos. No entanto, a análise empreendida sugere que há estruturação de ações e políticas quase sempre transitórias, fragmentadas, de base emergencial, que pouco se reverterem em práticas concretas de melhora das condições de vida dos indígenas. A operacionalização dessas políticas no interior das aldeias e dos DSEIS ainda se mostra, contudo, como uma lacuna a ser investigada.

Assim como acontece com outras populações específicas, não há uma política orgânica que respeite os preceitos constitucionais e permita que os povos indígenas recebam uma atenção diferenciada, eficaz e respeitosa para com seus modelos e concepções de cura. Dentro das políticas de base, sempre há algumas citações para que se criem estratégias que contemplem essas populações, mas na prática não há aplicabilidade.

Discute-se, por fim, que o presente trabalho tratou-se de uma análise documental do marco legal do conjunto das políticas voltadas à saúde indígena infantil. De forma complementar, sugere-se a realização de novos estudos de síntese tendo em vista sistematizar as experiências concretas de desempenho das políticas, bem como estudos avaliativos de implantação das políticas e seus efeitos na reorganização da rede de saúde, ampliação do acesso e melhora das condições de saúde da população infantojuvenil indígena no Brasil. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília, DF: Funasa; 2002.
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico; 1988.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130 de 6 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 5 ago 2015.
4. Brasil. Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Lei que regula a situação jurídica dos índios ou silvícolas e das comunidades indígenas, com o propósito de preservar a sua cultura e integrá-los, progressiva e harmoniosamente, à comunhão nacional. Diário Oficial da União. 19 dez 1973.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1984.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI: material instrucional. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1999.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; c2018 [acesso em 2018 jan 8]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 jul 1990.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 569, de 1 de junho de 2000. Cria o Programa Nacional para a Humanização da Gravidez e do Parto. Diário Oficial da União. 1 jun 2000.
11. Brasil. Lei no 10.219, de 11 de abril de 2001. Cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à educação - “Bolsa Escola”, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 11 abr 2001.
12. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília, DF: Funasa. 2002.
13. Coimbra Junior CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2000; 5(1):125-132.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tendências Demográficas: Uma Análise dos Indígenas com Base nos Resultados da Amostra dos Censos Demográficos 1991 e 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
15. Brasil. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial da União. 9 jan 2004.
16. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. BMC Public Health. 2010; 10:380-388.
17. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Sumário Executivo: estudos etnográficos sobre o Programa Bolsa Família entre povos indígenas [internet]. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2016 [acesso em 2018 fev 15]. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/portal/index.php>.

18. Brasil. Lei nº 14.594, de 28 de agosto de 2014. Introduz modificações na Lei nº 12.544, de 3 de julho de 2006, que institui o Programa Primeira Infância Melhor. Diário Oficial da União. 28 ago 2014.
19. Brasil. Rede Nacional da Primeira Infância. Plano Nacional da Primeira Infância [internet]. Brasília, DF: Rede Nacional da Primeira Infância; 2010 [acesso em 2018 fev 15]. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Diário Oficial da União. 6 ago 2015 [acesso em 2018 mar 3]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009-2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
22. Brasil. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986.
23. Brasil. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1993.
24. Brasil. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Indígena, Relatório Final. FUNASA, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.
25. Brasil. Ministério da Saúde. IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, Relatório Final. FUNASA, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
26. Brasil. Ministério da Saúde. V Conferência Nacional de Saúde Indígena, Relatório Final. FUNASA, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
27. Observatório de saúde indígena [internet]. Brasília, DF: Universidade de Brasília [acesso em 2018 fev 27]. Disponível em: http://nesp.unb.br/observaindigena/?page_id=9#.