

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO

A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil

Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas



2013

Emília Altini
Gilderlan Rodrigues
Lindomar Padilha
Paulo Daniel Moraes
Roberto Antônio Liebgott
(Organizadores)

A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil
Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde
nas comunidades indígenas

Publicação do Conselho Indigenista Missionário – CIMI
Organismo vinculado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB

Edição Revisada
(versão para circulação restrita)
Outubro de 2013

A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil

Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas

Esta cartilha foi elaborada pelo Conselho Indigenista Missionário (CIMI) com o objetivo de ser um subsídio ao estudo e ao debate sobre a história da política de assistência aos povos indígenas no âmbito da saúde, e para que as comunidades possam aprofundar as discussões sobre as propostas e formas de implementação do modelo diferenciado de atenção à saúde pelo Governo Federal com a participação dos povos indígenas.

No marco dos 25 anos de vigência da Constituição Federal promulgada em 1988, celebramos duas importantes conquistas da cidadania no Brasil: os Direitos Indígenas estabelecidos nos artigos 231 e 232 que reconhecem a natureza pluriétnica e multicultural do Estado brasileiro, e o Sistema Único de Saúde (SUS) que estabelece o acesso universal e equitativo à saúde, como um direito de todos e um dever do Estado.

Índice

- I - Introdução
- II - Princípios da Atenção Diferenciada à Saúde Indígena
- III - História da assistência à saúde antes da Constituição de 1988
- IV – História da assistência à saúde após a Constituição de 1988
- V - A Lei Arouca e a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
- VI - A mobilização indígena por mudanças do modelo de assistência à saúde
- VII - A crise da atenção à saúde indígena nos tempos da SESAI
- VIII – Autonomia, Controle Social e Gestão Participativa na saúde
- IX – Os Agentes Indígenas de Saúde e a formação de profissionais indígenas
- X – Conclusão e Desafios

I – Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Para os povos indígenas, a saúde está intimamente relacionada com a terra e o equilíbrio da natureza. Neste sentido, os fatores determinantes da saúde indígena estão relacionados à garantia de sua plena cidadania, com autonomia, posse territorial, uso exclusivo dos recursos naturais e integridade dos ecossistemas específicos. Acima de tudo, a saúde deve estar a serviço da cultura e das formas próprias de organização. A saúde para os povos indígenas é uma construção coletiva, e se conquista através da participação e do fortalecimento do seu protagonismo e poder de decisão.

Os povos indígenas desde os tempos anteriores à colonização europeia possuem seus sistemas tradicionais de saúde indígena, que articulam os diversos aspectos da sua organização social e da sua cultura, a partir do uso das plantas medicinais, rituais de cura, e práticas diversas de promoção da saúde, sob a responsabilidade de pajés, curadores e parteiras tradicionais. As medicinas tradicionais indígenas obedecem a níveis de causalidade e itinerários terapêuticos distintos do modelo biomédico ocidental, e procuram restabelecer o equilíbrio entre o indivíduo e o mundo. As medicinas tradicionais são diferentes, mas não menos importantes do que a medicina ocidental, e devem estar sempre presentes em qualquer trabalho de saúde com povos de culturas diferenciadas.

A Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas aprovada em 2007 afirma que “os povos indígenas têm direito a suas próprias medicinas tradicionais e a manter suas práticas de saúde, bem como desfrutar do nível mais alto possível de saúde, e os Estados devem tomar as medidas necessárias para atingir progressivamente a plena realização deste direito” (artigo 24). A Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), da qual o Brasil é também signatário, afirma que “os sistemas de assistência à saúde devem dar preferência à formação e ao emprego de pessoal de saúde das comunidades locais, e concentrar-se nos cuidados básicos de saúde, assegurando ao mesmo tempo vínculos estreitos com os demais níveis de assistência à saúde” (artigo 25).

Há décadas os povos indígenas do Brasil, com o apoio de seus aliados e parceiros, vêm discutindo as políticas a serem implementadas para assegurar-lhes vida e saúde. Muitas foram neste tempo as mobilizações do movimento indígena e das organizações que atuam no campo da saúde, com o objetivo de exigir que o Estado brasileiro estruture políticas que possibilitem a atenção diferenciada aos povos indígenas.

II - Princípios da Atenção Diferenciada à Saúde Indígena

O Conselho Indigenista Missionário (CIMI), organismo vinculado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), desde a sua fundação no ano de 1972 busca articular suas ações na área da saúde indígena com as comunidades, valorizando suas formas próprias de organização. Os Encontros Nacionais de Saúde Indígena, promovidos anualmente pelo CIMI, a partir do ano de 1978, com a participação de lideranças indígenas e parceiros do movimento indígena ligados a universidades e centros de formação e pesquisa, representaram um importante espaço de discussão e troca de experiências. Como resultado destes encontros houve a elaboração de um documento com as diretrizes sobre atenção diferenciada à saúde aprovadas na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena em 1986, e a proposição do modelo assistencial baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, aprovado na IX Conferência Nacional de Saúde realizada em 1992 e na II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas em 1993.



Os princípios para a constituição e consolidação desta política de atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas estão embasados nos seguintes marcos referenciais:

- Reciprocidade: busca uma coexistência equitativa entre as comunidades indígenas e os agentes de intervenção na saúde, tanto em nível da troca de experiências como da oportunidade de decisão;
- Eficácia Simbólica: busca uma compreensão ampla do universo simbólico indígena como condição indispensável para a atuação em saúde, através da aproximação entre medicina e cultura;
- Integralidade: busca uma visão abrangente da problemática indígena, atuando sobre os determinantes históricos, sociais, culturais e ambientais da saúde, de uma forma global e criativa;
- Autonomia: busca a autogestão e a gestão participativa nos programas de saúde implementados nas comunidades, dentro da perspectiva maior da autonomia dos povos indígenas.

A articulação das ações na área da saúde indígena com as comunidades e suas formas próprias de organização deve ter como prioridade os seguintes indicativos e linhas de ação:

- Formação, capacitação continuada e acompanhamento dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), valorizando os conhecimentos históricos da medicina indígena e trazendo novos conhecimentos para que esses agentes realizem as ações concretas de prevenção, educação e promoção da saúde nas comunidades em que atuam;
- Mobilização das lideranças indígenas por meio de informações sistemáticas e cursos para que, dessa forma, exijam a formação e a instalação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) com autonomia administrativa e financeira e com ampla participação indígena em todas as etapas do planejamento e execução da política de saúde;
- Luta, em conjunto com o movimento indígena, para a implementação definitiva do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), com base nos DSEIs, tendo como responsável o Ministério da Saúde pela gestão do subsistema e o rompimento em definitivo do modelo de terceirização;

- Constituição dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde em todas as regiões, assim como investir na formação continuada nas comunidades para a efetiva participação no controle social da política de saúde, bem como apoiar e assessorar a realização dos cursos para Conselheiros Indígenas de Saúde nas aldeias.

III - História da assistência à saúde antes da Constituição de 1988

Os povos indígenas, desde a chegada dos colonizadores (invasores), sofrem maus tratos, trabalhos forçados, confinamentos e sedentarização. Centenas de povos desapareceram com o processo de colonização, onde se destacaram as práticas da escravidão, das chacinas, das guerras, e das epidemias por doenças infecciosas. Desta forma, podemos afirmar que a relação do Estado brasileiro com os povos indígenas sempre foi marcada pelo preconceito e pelo descaso.

As políticas implementadas desde o período colonial visavam à integração ou ao extermínio dos mais diferentes povos, e a perspectiva de integração destes à sociedade nacional justificou diversas ações etnocidas. Considerados “entraves ao desenvolvimento”, o destino dos povos indígenas sempre foi traçado nos termos do dominador. O direito de existência futura, com distintos modos de pensar, de organizar-se e relacionar-se com o mundo, sempre lhes foi negado. A falta de políticas públicas relativas à educação e saúde, e a demarcação de territórios insuficientes para o modo de vida tradicional, são respostas históricas com premissas integracionistas. Não é à toa que o atendimento à saúde restringe-se a medidas paliativas e emergenciais.

Em 1910 foi criado o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), órgão vinculado ao Ministério da Agricultura, que se destinava a proteger os índios e integrá-los progressivamente à comunhão nacional, bem como esvaziar as terras por eles habitadas para que fossem entregues ao sistema de produção e exploração. A assistência à saúde prestada aos povos indígenas continuou desorganizada e era exercida de forma precária. As ações se destinavam aos casos emergenciais ou inseridos em processos de “pacificação”.

Na década de 1950, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado ao Ministério da Saúde. Tinha como objetivo prestar assistência na área de saúde às populações indígenas e rurais em áreas de difícil acesso. As ações eram de vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.

No ano de 1967 foi criada a Fundação Nacional do Índio (Funai), que nasceu em função de denúncias contra o SPI. No âmbito da Funai foram criadas as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Estas passaram a prestar serviços médicos esporádicos, realizando vacinação e supervisionando os poucos trabalhos de saúde nas aldeias, quase que exclusivamente prestados por auxiliares ou atendentes de enfermagem. As EVS existiram até a década de 1970.

No ano de 1986 ocorreu a primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, no contexto da VIII Conferência Nacional de Saúde, que estabeleceu os princípios para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) aprovado na Assembleia Constituinte de 1988. Esta Conferência contou com a participação de um pequeno grupo de lideranças indígenas e organizações de apoio, e propôs pela primeira vez em caráter oficial um modelo de atendimento específico e diferenciado aos povos indígenas do Brasil.

De acordo com as deliberações aprovadas, os povos indígenas deveriam ter garantidos o acesso universal e integral à saúde e a participação em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas. Este modelo de assistência específico e diferenciado lançou as bases para a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), sob a gestão direta do Ministério da Saúde.



IV – História da assistência à saúde após a Constituição de 1988

A Constituição Federal de 1988, também chamada de Constituição Cidadã, aprovou a mudança no paradigma da relação entre o Estado brasileiro e os povos indígenas, substituindo a perspectiva da integração compulsória pelo respeito à especificidade cultural e social de cada povo.

Em 1991, por pressão do movimento indígena em todo o país e atendendo a determinação constitucional que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), o governo federal transferiu a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde indígena da Funai para o Ministério da Saúde (MS), através do Decreto nº. 23/91 da Presidência da República. Foi então constituída a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (DEOPE/FNS), com a incumbência de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena, de forma compartilhada com a Funai.

Ainda em 1991, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou através da Resolução CNS nº. 011 de 31 de outubro a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), formada por representantes do governo federal (Ministérios da Saúde e da Justiça), de universidades, organizações não governamentais (ONGs) e por representantes indígenas. O objetivo era assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes das políticas no campo da saúde indígena, assim como no acompanhamento da saúde dos povos indígenas por meio da articulação intersetorial com órgãos dos governos e com a sociedade civil organizada.

Dentre as atribuições da CISI, ressalta-se a realização de estudos e produção de conhecimentos para a melhoria da qualidade de vida das populações indígenas, que se transformam em propostas e recomendações ao plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Anualmente, é apresentado o calendário das reuniões e o plano de trabalho, com base no planejamento do CNS, nas propostas da Conferência Nacional de Saúde e da Conferência Nacional de Saúde Indígena, e na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Em 1991 foi criado o Distrito Sanitário Yanomami, como projeto piloto do modelo de “distritalização diferenciada” prevista no Decreto 23/91, em resposta ao clamor desencadeado pela situação de genocídio e calamidade sanitária que vivia o Povo Yanomami em consequência da invasão devastadora de garimpeiros em seu território, apoiados pelos políticos do estado de Roraima. Este distrito foi pioneiro na aplicação dos critérios demográficos, geográficos e culturais na definição do modelo

de gestão, contando com financiamento próprio e recursos humanos capacitados para atuação em contexto intercultural.

Em 1993, por iniciativa e pressão do movimento indígena, foi realizada a segunda Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, que reiterou a defesa do modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) como base operacional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para a política de atenção à saúde das populações indígenas. Os distritos seriam vinculados diretamente ao Ministério da Saúde e administrados por Conselhos de Saúde com participação indígena. Ficou também definido que no âmbito do governo federal haveria uma instância responsável pela saúde indígena do país. Já em 1993 os povos indígenas reivindicavam a criação de uma secretaria especial para a gestão da política nacional de atenção à saúde indígena.

A partir de 1993, começaram a ser criados em todo o país os Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI), que reuniam representantes do governo, universidades, instituições de apoio, organizações e lideranças indígenas. Em 1994, por iniciativa do movimento indígena e com a aprovação dos respectivos NISI, foram criados os Distritos Sanitários Indígenas do Leste de Roraima e do Xingu, que se tornaram modelos e referência para a criação de outros distritos pelo país. O modelo assistencial implementado nestes distritos tinha como base a formação de Agentes Indígenas de Saúde indicados e acompanhados pelas próprias comunidades, e o forte protagonismo indígena no processo de autogestão da atenção básica à saúde indígena nas comunidades.



V - A Lei Arouca e a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Em 1997 a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena do Conselho Nacional de Saúde (CISI/CNS) solicitou a intervenção do Ministério Público Federal (6ª CCR/MPF) em razão da omissão do governo federal em implementar uma política adequada de assistência à saúde indígena. A audiência pública realizada em novembro de 1997 concluiu que a responsabilidade estabelecida na Constituição Federal pela atenção à saúde indígena era do Ministério da Saúde no âmbito federal, e que “a recusa das instituições ligadas ao SUS em prestar esta assistência configurava ato ilícito passível de ser confrontado nas vias competentes”.

Como consequência do aumento das pressões, o governo federal editou em 1999 o Decreto nº. 3.156 e promoveu junto ao Congresso Nacional a aprovação da “Lei Arouca” (Lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999). Esta lei foi escrita pelo Deputado Sérgio Arouca, um dos líderes da Reforma Sanitária, regulamentando as diretrizes aprovadas na II Conferência Nacional de Saúde Indígena, e estava engavetada no Congresso Nacional desde 1994. A política de saúde indígena passou a ser responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde: “O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela Funasa”. A Lei Arouca determinou que o governo federal instituisse o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), tendo por base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Foram então criados os 34 DSEIs através da Portaria 852/1999.

Em 1999 foi constituído pela Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde um grupo de trabalho para a elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, constituído por representantes do governo, universidades, CIMI e organizações indígenas. Esta política foi aprovada em caráter preliminar pelo Conselho Nacional de Saúde em dezembro de 2000, e oficializada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº. 254 em 31 de janeiro de 2002. O propósito da política era garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a sua diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política.

Com a criação do SASI-SUS e dos DSEIs, quase todos os serviços de saúde (atenção básica, prevenção e saneamento) passaram a ser executados através de convênios firmados com organizações da sociedade civil - organizações indígenas e indigenistas - e com alguns municípios. A perspectiva, no âmbito do Ministério da Saúde, era de que a União deveria transferir as suas responsabilidades no tocante à

gestão e execução das ações em saúde indígena para terceiros. Esta política de parceria proposta pelo governo foi aceita por muitas organizações indígenas e indigenistas com a condição de que seria uma solução temporária, e com base no compromisso assumido pelo governo de trabalhar na construção de um marco regulatório para a relação com estas organizações, e no aprimoramento da capacidade gestora do governo para a execução direta das ações de saúde indígena. Infelizmente isto não foi cumprido até hoje pelo governo federal.

A partir destas mudanças, as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde se tornaram inócuas e os Conselhos de Saúde Indígena, em muitos lugares, entes figurativos diante das ações e decisões das entidades conveniadas. O controle social foi sendo paulatinamente desconsiderado por grande parte dos gestores, ampliando com isso os problemas nos espaços de organização dos serviços de saúde. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que seriam a base de toda a política, tornaram-se apenas uma espécie de referência geográfica para que a Funasa pudesse definir os tipos de convênios e as atribuições dos prestadores de serviços. A terceira Conferência Nacional de Saúde Indígena realizada em 2001 foi conduzida pelos agentes da Funasa com o objetivo de referendar a perspectiva da terceirização e a diminuição ou restrição à participação indígena no controle social.

No ano de 2004 a Funasa, através das portarias nº 69 e 70, estabeleceu novas diretrizes para a saúde indígena, visando recuperar a execução direta e reduzir o papel das conveniadas, limitando-as à contratação de pessoal, à atenção nas aldeias com insumos, ao deslocamento dos indígenas das aldeias, e à compra de combustível para a realização desses deslocamentos. No ano de 2006 foi instituído o Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena para atuar em caráter consultivo e propositivo, e em consonância com as demais instâncias decisórias do SUS.

No processo de realização da quarta Conferência Nacional de Saúde Indígena realizada em 2006, várias conferências distritais apresentaram a proposta de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), em razão do agravamento dos problemas recorrentes de má gestão, autoritarismo, uso político e corrupção nas coordenações regionais e instâncias centrais da Funasa. Esta proposta foi levada ao plenário da etapa nacional da conferência, e acabou derrotada por uma pequena margem de votos, motivando a denúncia por grande parte da delegação indígena de manipulação nos trabalhos da conferência.

Em 17 de outubro de 2007 foi editada pela Funasa a polêmica Portaria nº. 2.656, que dispunha sobre a regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas, revogando a Portaria nº 1.633/GM, de 14 de setembro de 1999. Esta portaria gerou grandes manifestações dos povos indígenas, insatisfeitos com a política que tinha como gestora a Funasa, que reivindicaram a criação de um modelo de política compatível com a Lei Arouca e com as diretrizes da II Conferência Nacional de Saúde Indígena. A portaria, além de fortalecer a Funasa, abria perspectivas concretas para a municipalização da saúde indígena, exatamente na contramão do que pretendiam os povos indígenas.

VI - A mobilização indígena por mudanças do modelo de assistência à saúde

Somente em agosto de 2008, depois das constantes manifestações realizadas pelo movimento indígena contra a Funasa, e das inúmeras denúncias de corrupção e de descaso na execução das ações e serviços nas áreas indígenas que vinha gerando avassaladora mortalidade infantil e alastramento de doenças, o ministro da Saúde resolveu ouvir as reclamações e propostas dos povos indígenas. Neste mesmo período, o Tribunal de Contas da União (TCU) desenvolveu uma auditoria sobre a Funasa, com ênfase nas questões relativas à gestão da política de saúde indígena. Concomitante a isso, a Justiça do Trabalho determinou que o governo federal fosse o responsável e, portanto, o gestor da política de saúde, e que a terceirização era uma prática ilegal.

No final do ano de 2008, foi apresentado o Projeto de Lei nº. 3.958 com vistas a alterar a Lei nº. 10.683/2003 que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e criar a Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, na qual ficaria abrigada a saúde indígena. Na exposição de motivos deste projeto, o ministro da Saúde propôs a transferência das competências e atribuições exercidas pela Funasa para essa secretaria. Ainda fruto das pressões dos povos indígenas, constituiu-se um Grupo de Trabalho com a participação de lideranças indígenas (portarias 3.034/2008 e 3.035/2008 - GAB/MS), cujo objetivo foi o de discutir e apresentar propostas, 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.

Depois de dois anos de espera, o governo editou a Medida Provisória nº. 483, aprovada pelo Congresso Nacional e transformada na Lei nº. 12.314/2010 e no dia 19/10/2010 foi editado o Decreto nº. 7.336/2010 que oficializou a criação da

Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). Este período de transição para a implantação da nova gestão da saúde indígena caracterizou-se por uma gestão compartilhada entre Sesai e Funasa, e apesar do governo ter determinado um prazo de três meses para o detalhamento de sua estrutura e demais providências para torná-la operacional, a situação se arrastou por mais de três anos enquanto a assistência à saúde nas comunidades passava por momentos críticos.

Em 12 de agosto de 2011, foi publicado pela Sesai o edital de chamamento público nº 01/2011 visando à seleção de entidades privadas sem fins lucrativos para execução, por meio de convênios, das ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas. As entidades selecionadas foram a Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) com sede em São Paulo que ficou responsável por 14 Distritos Sanitários Indígenas (DSEIs), o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), com sede em Recife, responsável por 5 DSEIs, e a Missão Evangélica Caiuá com sede em Campo Grande, responsável por 15 DSEIs. Esta concentração enorme de recursos e responsabilidades sobre as ações da saúde indígena em apenas três organizações, assim como a falta de transparência na execução deste modelo de relação convenial, têm sido motivo de duras críticas do movimento indígena em todo o país.

O novo modelo de gestão da saúde indígena passou a partir de então a contar com uma secretaria especial, vinculada diretamente ao Ministério da Saúde e de caráter executivo, que deveria atuar de forma descentralizada por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Entre as atribuições da Sesai estão: criar as condições necessárias para que os distritos tenham autonomia administrativa e financeira e sejam, com isso, transformados em unidades gestoras do SUS; garantir orçamentos próprios e administrados através dos Fundos Distritais de Saúde; ter um plano de carreira específico para os profissionais de saúde indígena, com condições trabalhistas adequadas às complexas e diferentes realidades dos DSEIs; assegurar que os chefes ou coordenadores dos distritos sejam aprovados pelos conselhos distritais; garantir que o controle social seja efetivo, com participação indígena legítima em todas as instâncias de decisão; formar um quadro estável de recursos humanos (servidores públicos), adequado às necessidades estratégicas da gestão, através de concurso público diferenciado e que assegure a participação indígena nos processos de seleção; e assegurar que no órgão gestor da saúde indígena os servidores tenham perfil técnico independente das ingerências políticas.

VII - A crise da atenção à saúde indígena nos tempos da SESAI

A atenção à saúde indígena no Brasil desde o anúncio da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) pelo Ministério da Saúde no ano de 2008 tem se caracterizado por uma grande inoperância e omissão, agravando ainda mais o cenário da crise interminável que atinge a saúde das comunidades indígenas nas últimas décadas. O Ministério Público Federal (MPF) através da Sexta Câmara de Coordenação e Revisão, responsável pela defesa dos direitos dos povos indígenas e outras minorias étnicas, realizou em dezembro de 2012 o 'Dia D da Saúde Indígena', com a finalidade de chamar a atenção do poder público e da sociedade brasileira para o triste quadro da saúde indígena no Brasil.

Segundo o MPF, este não é um problema localizado, pelo contrário, está distribuído de forma absolutamente igual em diferentes estados da Federação: “São comuns os relatos de morte de pacientes nas aldeias em razão da demora nas remoções, ausência de medicamentos básicos nos postos de saúde, inexistência de médicos e odontólogos para o atendimento nas comunidades, falta de estrutura nas Casas de Saúde Indígena (Casai), que muitas vezes estão em situação de completo abandono, e a enorme quantidade de motores e barcos quebrados, entre tantos outros fatores evitáveis de óbito”.

Também no final de 2012, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) divulgou carta encaminhada ao Ministro da Saúde manifestando o clamor crescente de lideranças, comunidades e organizações indígenas de todo o Brasil, e sua indignação pelo preocupante quadro de caos e calamidade em que se tornou o atendimento à saúde indígena, em condições semelhantes à época da gestão da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). O documento solicitava uma intervenção efetiva na Sesai para que esta venha a cumprir de fato a sua missão, conforme as expectativas nela depositadas desde a sua criação, como fruto da luta dos povos e organizações indígenas do Brasil.



Para exemplificar essa triste realidade, pode-se recorrer às informações divulgadas pelo Distrito Sanitário Indígena do Mato Grosso do Sul (DSEI/MS) relativas ao período compreendido entre 2010 e 2012. Naquele estado, 118 crianças morreram ao nascer, outras 208 crianças foram a óbito antes de completar o primeiro ano de vida, e 87 morreram antes dos cinco anos. Esses números correspondem a índices muito superiores aos verificados na média nacional, que são de 23 mortes para cada mil nascidos vivos. Lideranças indígenas do Conselho da Aty Guasu denunciam que a mortalidade infantil está inserida no contexto de uma política de Estado que promove o genocídio silencioso dos povos Guarani e Kaiowá.

Os dados do próprio governo sobre a baixa execução orçamentária, bem como aqueles sobre a mortalidade infantil, sobre epidemias de doenças e a expectativa de vida, que em algumas regiões do país está abaixo de 40 anos (enquanto a média nacional é superior a 70 anos) são reveladores de que a política de atenção à saúde das populações indígenas é ineficiente, inaceitável e pode ser caracterizada como criminosa. Infelizmente não se trata de uma realidade pontual ou isolada, mas sim de uma grave situação que atinge todos os povos indígenas na atualidade.

VIII – Autonomia, Controle Social e Gestão Participativa na Saúde

Os dois pilares da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deveriam ser a autonomia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e o efetivo controle social com gestão participativa. A autonomia administrativa e financeira dos DSEIs foi a principal razão da luta pela criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena em substituição ao modelo autoritário e burocrático implementado até então pela Funasa. Esta autonomia não pode se resumir a meros procedimentos administrativos na realização de despesas, enquanto as decisões políticas ficam centralizadas nas instâncias centrais da Sesai em Brasília, mas deve promover a democratização da saúde e o fortalecimento do protagonismo e do poder de decisão dos povos indígenas em suas comunidades e regiões.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena desde os seus primeiros passos, no início da década de noventa, sempre esteve imerso em um ambiente institucional burocrático, tecnicista e autoritário. O próprio Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de conter em seus princípios constitucionais as diretrizes teóricas da democratização e da descentralização das decisões, cada vez mais padece dos

mesmos males, a ponto de grande parte dos conselhos e das próprias conferências de saúde terem se tornado hoje simples figuras decorativas nas mãos dos gestores políticos da saúde pública no país.

A convocação da quinta Conferência Nacional de Saúde Indígena em 2013 com o tema “Subsistema de Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”, mais uma vez foi fruto de uma intensa mobilização do movimento indígena, inconformado com a morosidade do governo federal em promover a implementação efetiva da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Os povos indígenas e suas entidades representativas, no entanto, estão acompanhando à distância os preparativos e a realização das etapas locais e distritais desta conferência.

As Conferências Locais e Distritais de Saúde Indígena, que deveriam se constituir em espaços primordiais de debates, avaliações e definições de propostas a serem encaminhadas para a etapa nacional, têm acontecido sem a efetiva participação das comunidades e de suas lideranças. Na maioria das regiões do país, as etapas locais e distritais vêm sendo realizadas longe das aldeias, geralmente em hotéis ou sedes da Funasa ou da Sesai, como ocorreu no Rio Grande do Sul por ocasião da conferência local do Distrito Sanitário Indígena do Litoral Sul. Os lugares das reuniões, quando geograficamente distantes das comunidades, são espaços impróprios pela sua artificialidade, uma vez que em nada lembram as realidades onde vivem os povos indígenas.

As comunidades, em sua maioria, estão submetidas a condições inadequadas de sobrevivência pela ausência de saneamento básico, assistência médica e de ações preventivas, que poderiam impedir as mortes de crianças por viroses ou doenças relacionadas a verminoses e parasitoses, como ocorre atualmente. O fato de as etapas locais da quinta Conferência Nacional de Saúde Indígena ocorrerem distante das aldeias é ainda mais grave porque impede que aquelas pessoas que vivenciam cotidianamente os graves problemas decorrentes da desassistência, participem das discussões, avaliações e apresentem suas críticas e propostas.

Somado a isto, têm acontecido com frequência atrasos na liberação dos recursos previstos no orçamento, provocando o esvaziamento destas etapas fundamentais para os objetivos da conferência. O segmento dos prestadores de serviços, como regra, tem estado restrito nestas conferências quase exclusivamente aos servidores da Sesai e dos DSEIs, excluindo todas as entidades do movimento indígena que tiveram um papel determinante na criação do Subsistema de Saúde

Indígena, e que prestam efetivos serviços de saúde, como apoio ao controle social, formação e educação em saúde, segurança alimentar, saúde do meio ambiente, e fortalecimento da Medicina Tradicional Indígena. Estes aspectos são componentes essenciais da Política Nacional de Atenção a Saúde Indígena, mas muito pouco valorizados pela atual gestão da saúde indígena no país.

Nos Acampamentos Terra Livre realizados nos últimos anos pelo movimento indígena nacional sob a coordenação da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) em Campo Grande (MS), Rio de Janeiro (RJ) e Brasília (DF), foram aprovadas diversas proposições que certamente trariam grandes avanços se fossem seguidas pelo governo na área da saúde indígena:

- A indicação dos coordenadores distritais e a contratação de profissionais para a Secretaria Especial de Saúde Indígena não deve ser norteadas por critérios políticos e de apadrinhamentos, e sim técnica com a participação das lideranças indígenas;
- O atendimento do Subsistema de Saúde Indígena deve ser estendido a toda a população independentemente do local (terras indígenas, aldeias urbanas e acampamentos);
- O atendimento aos povos indígenas deve ser humanizado em todos os níveis do sistema de saúde, respeitando suas especificidades (casas de saúde indígena, hospitais e postos de saúde);
- O modelo de atenção à saúde indígena deve respeitar e valorizar os conhecimentos e a medicina tradicional (pajés, parteiras e plantas medicinais);
- O controle social da Secretaria Especial de Saúde Indígena deve ter recursos específicos para suas ações;
- Reconhecimento como categoria profissional e garantia de remuneração justa e de direitos trabalhistas para os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN);
- Efetivação da autonomia política, financeira e administrativa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas com a participação plena e o controle social efetivo dos povos e organizações indígenas nos âmbitos local e nacional;
- Realização de Concurso Público Diferenciado e capacitação de quadros indígenas para assumirem responsabilidades crescentes no atendimento e na gestão da saúde indígena.

IX – Os Agentes Indígenas de Saúde e a formação de profissionais indígenas

A formação dos profissionais indígenas das próprias comunidades, com destaque para a categoria dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), é o principal alicerce do novo modelo assistencial proposto, e o elo fundamental entre o conhecimento tradicional e o sistema oficial de saúde com vistas à comunicação intercultural. Os programas de capacitação de Agentes Indígenas de Saúde estão paralisados desde a criação da Sesai na grande maioria dos distritos; o mesmo acontece em relação aos Agentes Indígenas de Microscopia e Agentes Indígenas de Endemias, fundamentais para o controle da Malária na Amazônia, Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), Agentes Indígenas de Saúde Bucal, e os Técnicos de Enfermagem, de Laboratório, e de Higiene Dental Indígenas.

Os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) são essenciais no novo modelo de atenção à saúde. Cada distrito deve estar organizado em uma rede de serviços de saúde dentro de seu território, integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. A constituição da rede de serviços tem como base de organização os serviços de saúde existentes nas aldeias, e deve ser adequada e ampliada de acordo com as necessidades locais. Cada comunidade deve contar com a atuação de um Agente Indígena de Saúde, com atividades vinculadas a um posto de saúde, além de Agentes Indígenas de Microscopia, Agentes Indígenas de Endemias, Agentes Indígenas de Saneamento, Agentes Indígenas de Saúde Bucal, e Técnicos de Enfermagem, de Laboratório e de Higiene Dental Indígenas, levando em conta a realidade local.



Os processos de reconhecimento e regularização profissional dos Agentes Indígenas de Saúde estão igualmente paralisados desde a criação da Sesai, assim como o compromisso assumido pelo órgão de realização de processos seletivos diferenciados para a sua contratação. A própria exigência de indicação dos Agentes Indígenas de Saúde pelas comunidades, prevista nas deliberações de todas as conferências, está sendo substituída pela aplicação de provas escritas por parte dos técnicos dos distritos para a seleção dos agentes.

Entre as medidas mais urgentes que devem ser cobradas do governo federal estão a realização de um Processo Seletivo Diferenciado para a contratação dos profissionais indígenas, e a decisão política de realização no menor prazo possível de um Concurso Público Específico e Diferenciado para a contratação dos profissionais para a atenção à saúde indígena, que assegure a escolha de profissionais com perfil e histórico de comprometimento e respeito pelas comunidades indígenas, bem como a participação efetiva das comunidades no processo de seleção destes profissionais.

O Fórum dos Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi) e a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (Cisi) têm insistido na necessidade de implantação de uma nova política de gestão de pessoas para a saúde indígena, visando o redimensionamento adequado e a desprecarização da força de trabalho existente hoje nos distritos. Neste sentido, a União através do Ministério da Saúde (MS) e Ministério do Planejamento (MPOG), assinou um Termo de Conciliação Judicial (TCJ) com o Ministério Público do Trabalho (MPT) e Ministério Público Federal (MPF) que prevê a substituição de todos os profissionais contratados hoje através de convênios e contratos temporários da União (CTU) por servidores públicos efetivos, através da realização de concurso público para a saúde indígena no prazo máximo até 31 de dezembro de 2015.

A legislação vigente sobre a realização de concursos públicos inviabiliza a realização de um concurso público diferenciado para a saúde indígena, que leve em conta a especificidade de cada povo, seus locais de moradia, seus costumes, e o respeito aos sistemas tradicionais de saúde indígena. Para que este concurso possa alcançar os objetivos almejados é preciso criar os mecanismos legais adequados, inclusive com a regulamentação das categorias profissionais de Agente Indígena de Saúde e demais profissionais indígenas, para que os mesmos possam também ser contemplados na realização deste concurso. Da mesma forma, é preciso assegurar mecanismos para que os profissionais indígenas já formados nas diversas áreas

sejam contratados, assim como os profissionais não indígenas que há muitos anos se dedicam à saúde indígena possam também ser contemplados através de critérios de seleção específicos em um concurso diferenciado.

Entre as propostas que têm sido discutidas pelo movimento indígena, o concurso público para a saúde indígena deverá ser regionalizado, específico e realizado no âmbito de cada Distrito Sanitário Especial Indígena; as vagas devem ser atreladas exclusivamente ao território de abrangência de cada distrito, garantindo a permanência da vaga em situações que provoquem a saída do profissional do quadro efetivo do DSEI; devem ser estabelecidas cotas para indígenas em cada DSEI e em cada categoria profissional, inclusive para os cargos da área administrativa; a seleção deve incluir entrevistas com lideranças indígenas indicadas pelos Conselhos Distritais, que atribuirão uma pontuação específica sobre a adequação cultural do candidato ao cargo pretendido.

X – Conclusão e Desafios

O Conselho Indigenista Missionário (CIMI) divulgou em 2012, por ocasião da celebração dos 40 anos de atuação da entidade, o documento “Povos Indígenas: Aqueles que Devem Viver – Manifesto contra os Decretos de Extermínio”. No capítulo referente à saúde indígena a avaliação é bastante incisiva:

“No que tange à política de atenção à saúde dos povos indígenas, nas últimas décadas observa-se a ampliação dos aportes legislativos que regulamentam as ações do Estado e, por outro lado, a estruturação de ações e políticas quase sempre transitórias, fragmentadas, de base emergencial, que pouco se revertem em práticas concretas de melhora das condições de vida dos indígenas. 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.

Nesse sentido, mesmo tendo sido referendada em Conferências Nacionais de Saúde Indígena, a proposta de criação de um subsistema de atenção à saúde nunca se concretizou. O novo modelo deveria ser gestado por intermédio de uma Secretaria Especial que, por sua vez, teria como referência os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como unidades gestoras e com autonomia administrativa e financeira. Na prática, os governos não aceitam o que a legislação determina e procuram manter políticas assistenciais

desvinculadas das realidades étnicas e culturais, e sem a efetiva participação dos povos indígenas.

Os orçamentos para a execução das ações aos povos indígenas são insuficientes e deficitários, situação que se agrava pela falta de planejamento e vontade política na sua aplicação. A precariedade da atenção à saúde indígena reflete-se em situações dramáticas como aquela reiteradamente denunciada pelos povos indígenas do Vale do Javari, no Amazonas, onde, segundo inquérito sorológico da Fundação de Medicina Tropical, 87% da população apresenta algum tipo de hepatite, o que tem provocado uma mortalidade sistemática. Os povos do Vale do Javari sofrem com a falta de atendimento, de medicamentos, de profissionais em saúde, o que tem comprometido a vida e o futuro das comunidades que, de acordo com dados oficiais dos órgãos de assistência, sofrem um acentuado decréscimo populacional.”

De acordo com as instâncias coletivas de discussão e deliberação do CIMI, com a participação dos povos indígenas, a estruturação de um novo modelo de atenção e de gestão que possibilite a implementação efetiva de um Subsistema de Saúde Indígena vinculado ao SUS tendo como *ente gestor* a Secretaria Especial de Saúde Indígena, devem levar em conta os seguintes aspectos:

- Os povos, comunidades e as organizações indígenas devem estar mobilizados e articulados para exercer o controle social do novo modelo, bem como atuar nas discussões, planejamentos e na execução das ações e serviços. Caso não aconteça a participação efetiva das lideranças indígenas (povos e comunidades) como protagonistas neste processo de estruturação do novo modelo de atenção à saúde, eles receberão apenas, como sempre aconteceu no Brasil, atenção através de serviços paliativos e emergenciais. Estarão na dependência da boa ou má vontade das equipes de saúde prestadoras de serviços terceirizados ou das secretarias dos municípios;
- A Lei Arouca determinou que fosse estruturado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena tendo como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Através do Decreto 6.878 de 18 de junho de 2009 foi definido que o novo modelo assegurará que os DSEIs serão unidades gestoras com autonomia administrativa e financeira. Essas determinações são fundamentais para que a nova política tenha um rumo seguro, ou seja, que as ações e serviços sejam efetivamente executados a partir das realidades e necessidades de cada região e povo. Mas há muita resistência dos gestores da saúde pública a essa proposta e por causa disso o novo modelo ainda não saiu do papel. O Ministério da Saúde terá que se ajustar ao novo modelo prevendo recursos

orçamentários específicos e suficientes para cada distrito; prevendo estruturas materiais (prédios, equipamentos, veículos, postos de saúde, hospitais de referência, laboratórios); estruturas com servidores públicos concursados (médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde, agentes de saneamento, técnicos em administração, pedagogos, entre outros); prevendo que todos os Distritos tenham assegurado o saneamento básico (água potável para o banho, para beber e para as demais necessidades de higiene e limpeza, tratamento de esgoto e coleta de lixo, entre outros); prevendo que em cada Distrito estejam estruturados e funcionando os conselhos para o controle social (locais e distritais).

– Os povos indígenas e suas comunidades não podem aceitar que a política continue a ser terceirizada, ou seja, executada através de parcerias e de convênios estabelecidos pela Sesai com entidades, ONGs e prefeituras. Essa política já foi questionada administrativamente e judicialmente, porque ela não respeita a Lei Arouca; não respeita as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Indígena; não respeita as propostas e as necessidades dos povos indígenas; porque se mostrou ineficaz quanto à gestão e execução das ações; quanto à formação dos agentes indígenas de saúde; quanto à prevenção das doenças; quanto ao controle social e a participação indígena no âmbito da política a ser desenvolvida em cada povo ou região.

Temos certeza de que a união e o espírito de luta dos povos indígenas demonstrados em uma história de mais de 500 anos de resistência, fará com que este difícil processo de construção de um modelo de atenção diferenciada à saúde seja também vitorioso. O forte protagonismo indígena na construção desta política, apesar de todos os revezes, tem contribuído muito para o fortalecimento das organizações e lideranças indígenas em seu embate contra aqueles que teimam em repetir modelos colonialistas na condução da política indigenista, colocando a saúde a serviço de um projeto de futuro embasado na organização, participação, autonomia e fortalecimento cultural dos povos indígenas do Brasil.

Brasília, outubro de 2013.

CIMI - Conselho Indigenista Missionário

Anexos:

Orçamento Indigenista - Comparativo anos 2012 / 2013 (até setembro)

Ação:

SANEAMENTO BÁSICO EM ALDEIAS INDÍGENAS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS

Ano	Valor Autorizado	Valor Liquidado	% Execução
2013	59.400.000,00	0,00	0,00
2012	67.986.192,00	86.403,00	0,13

Ação:

ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO A POPULAÇÃO INDÍGENA

Ano	Valor Autorizado	Valor Liquidado	% Execução
2013	40.000.000,00	1.983.003,00	4,95
2012	26.650.000,00	2.318.188,00	8,70

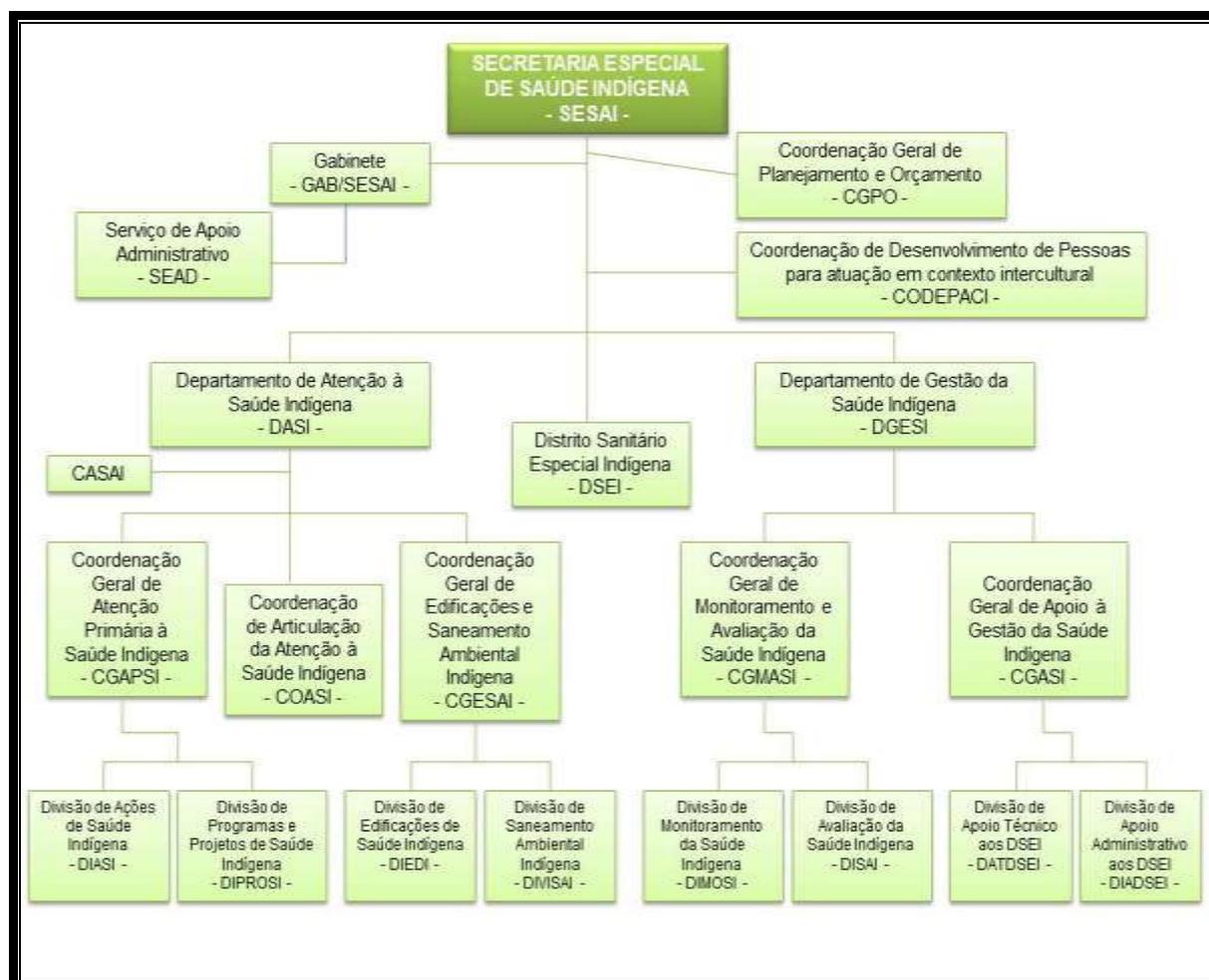
Ação:

PROMOÇÃO, VIGILÂNCIA, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA

Ano	Valor Autorizado	Valor Liquidado	% Execução
2013	838.000.000,00	540.563.372,00	64,50
2012	708.000.000,00	605.436.301,00	85,51

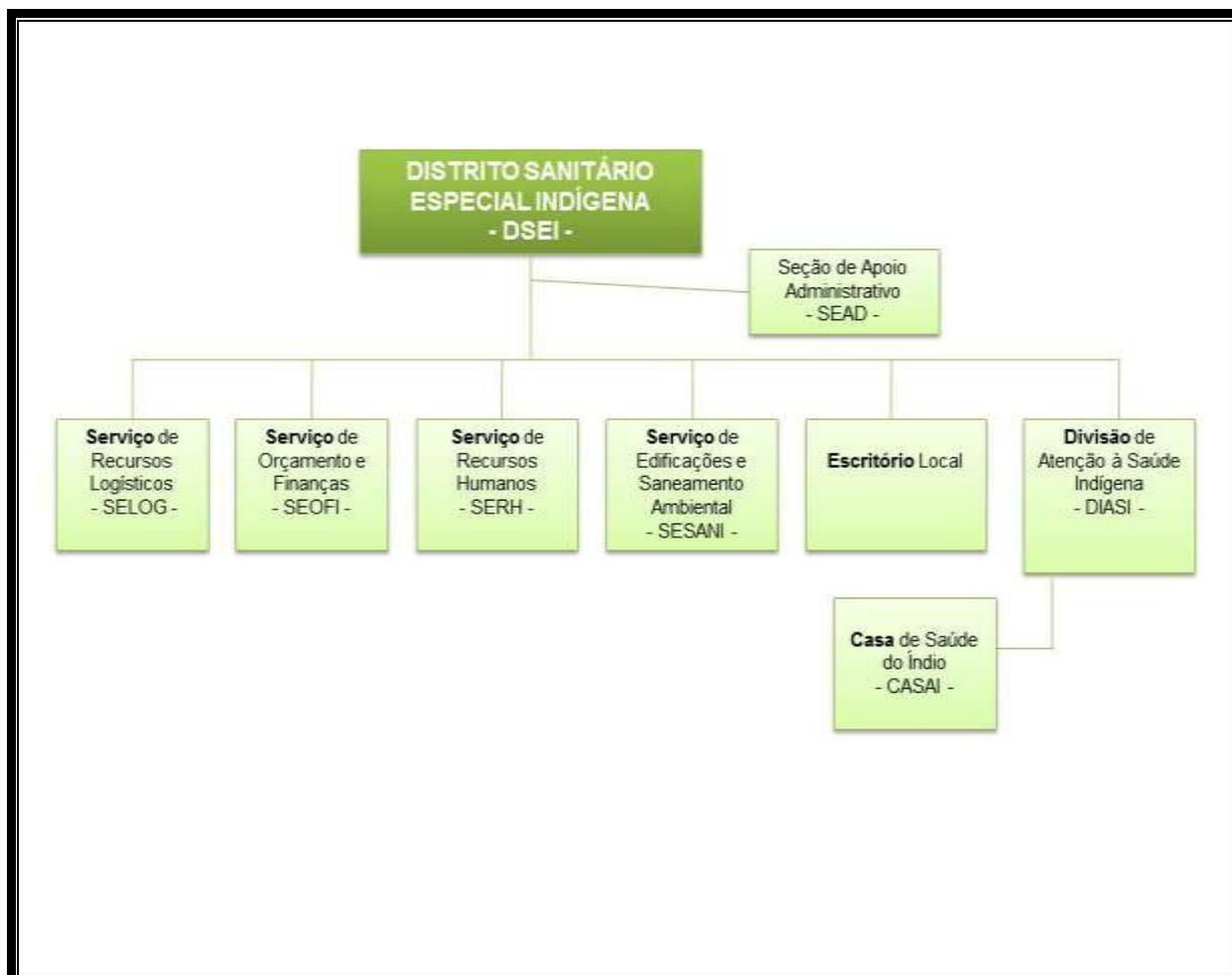
Fontes: Ministério do Planejamento e Senado Federal (Programa Siga Brasil)

Organograma da SESAI / MS



Organograma SESAI/MS. Fonte: Portal da Saúde – Ministério da Saúde.

Organograma dos DSEIs / MS



Organograma DSEI. Fonte: Portal da Saúde – Ministério da Saúde.

Modelo de Organização dos DSEIs



Organização dos DSEIs. Fonte: Portal da Saúde – Ministério da Saúde.

Referências Bibliográficas:

Caderno dos Encontros de Saúde do CIMI – 1978 a 1988. Coordenação de Saúde do CIMI, Brasília, 1988.

Saúde de Populações Indígenas, uma Introdução. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1993.

Manual de Atuação em Saúde Indígena. Grupo de Trabalho sobre Saúde Indígena, Ministério Público Federal, 6ª CCR/MPF, Brasília, 2008.

Lieb Gott, Roberto Antonio e Bonin, Iara Tatiana. A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: retrospectiva e perspectivas futuras, 2011.

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Brasília, dezembro de 2000.

I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília, 1986.

II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília, 1993.

III Conferência Nacional de Saúde Indígena, Relatório Final. Ministério da Saúde, FUNASA, Brasília, 2001.

IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, Relatório Final. Ministério da Saúde, FUNASA, Brasília, 2006.

Convenção nº 169 da OIT sobre Povos Indígenas e Tribais. Organização Internacional do Trabalho (OIT), Brasília, 1989.

Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas. Organização das Nações Unidas (ONU), Brasília, 2007.

Portal Ministério da Saúde – <http://portalsaude.gov.br/portalsaude>

Sítio do CIMI: www.cimi.org.br