

Fórum sobre Violações de Direitos dos Povos Indígenas¹

Nota Técnica

“O sonho vira pesadelo”: sobre as violações do direito à Saúde Indígena no Brasil

“Descaso na Saúde Indígena: O sonho vira pesadelo” são as palavras de revolta das lideranças indígenas presentes numa nota divulgada recentemente pelo Conselho Indigenista Missionário – CIMI ². No Brasil inteiro, no mês de agosto, organizações indígenas e indigenistas vêm se reunindo para denunciar a dramática situação da atenção à saúde promovida pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que, em vez de garantir o acesso a serviços e tratamentos de qualidade, faz com que as crianças indígenas tenham três vezes mais chances de morrer do que as crianças não indígenas no Brasil. Os diagnósticos das lideranças indígenas apontam a *má gestão* e a *terceirização dos serviços* como causas principais desse quadro.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado. Em 2002, a Política Nacional de Saúde foi complementada pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) com o reconhecimento da necessidade de se prestar atenção diferenciada a essa população. A atenção diferenciada colocava-se como garantia para equidade, integralidade e universalidade da atenção à saúde, princípios do Sistema Único de Saúde - SUS³.

¹ Mais sobre o Fórum em <http://arace.emnuvens.com.br/arace/article/view/15/15>. Contato: fórum.direitos.indigenas@gmail.com

² Nota do CIMI contra a privatização da Atenção à Saúde Indígena – ago/14: <http://www.cimi.org.br/site/pt-br/?system=news&action=read&id=7652>

³ Para uma melhor contextualização ver: Constituição Federal (1988), das leis do SUS (1990): Leis 8.080 e 8.142; Lei Arouca - Lei nº. 9.836 (23/09/99) – que cria o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS); edição da Portaria 254 (31/01/2002) que aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; e Publicação do Decreto nº. 7.336/2010 que criou a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde e transferiu as ações de saúde indígena da Funasa para essa secretaria.

A atenção diferenciada diz respeito a um modo de organização do serviço e à oferta de tecnologias que considerem as especificidades étnicas, culturais, sociais e territoriais dos povos indígenas, cujos serviços são de responsabilidade da União, Estados e municípios. A atenção à saúde é direito de todos os cidadãos indígenas e dever do Estado em todas as suas esferas administrativas.

Em mais de uma década de implementação da PNASPI, as comunidades indígenas continuam a chorar a morte de suas crianças, principalmente por doenças preveníveis, como as doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas. No período de 2007 a 2010, para cada 1000 crianças nascidas vivas, a taxa de mortalidade infantil brasileira na população total caiu de 20,01 crianças para 16,0. Para o mesmo período, a taxa para a população indígena caiu apenas de 46,9 para 42,6, mantendo-se extremamente alta levando em conta que o índice considerado aceitável pela OMS é de 10 mortes a cada 1000 nascimentos (Fonte: IDB/DATASUS/MS; SESAI/MS).

Há que resguardar os avanços na atenção à saúde indígena com o crescimento gradual do orçamento voltado para a Promoção, Proteção, Vigilância, Segurança Alimentar e Nutricional e Recuperação da Saúde Indígena. Todavia, inquieta analisar esses dados de mortalidade infantil entre crianças indígenas, cujo índice é quatro vezes maior do que o considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Segundo dados da SESAI, o orçamento da Saúde Indígena que era de R\$ 684,55 milhões em 2012, passou a ser de R\$ 920 milhões em 2013 – um aumento de 25,6%⁴. Para o ano de 2011, com relação aos recursos humanos, a SESAI apresenta o aumento de 78% para profissionais com nível superior, 76% para profissionais de nível médio e 28% para os de nível auxiliar (SESAI, 2011).

No entanto, apesar do aumento dos recursos financeiros e humanos que compõem o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, os agentes indígenas de saúde continuam a reclamar da falta de medicamentos; os barqueiros continuam a revoltar-se diante dos salários baixos e dos pagamentos sempre

⁴ <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/audiencias-publicas/audiencia-18.10/apresentacao-1>

atrasados; as equipes continuam a deixar de fazer atendimentos devido à falta de transporte e de recursos; os conselheiros de saúde continuam a não ter eco de suas denúncias e deliberações nas gestões dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).

No último 07 de agosto, após uma semana de reuniões entre Controle Social, profissionais do DSEI-RN e lideranças indígenas, a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN) divulgou uma *Carta Pública dos Povos Indígenas do Rio Negro sobre a Saúde Indígena*. No documento, a má gestão pública dos DSEIs é identificada como a origem dos demais problemas que impactam na qualidade do atendimento nas comunidades. Nas palavras das lideranças: “O que observamos é que esses gestores, embora desempenhassem seu papel, não conseguiram organizar devidamente os serviços administrativos e garantir o funcionamento do DSEI, tanto na sede quanto nas aldeias. Como consequência dessa conjuntura vemos o grande crescimento dos problemas de saúde, que se reflete principalmente naqueles que vivem nas comunidades. Durante todos esses anos, a falta de planejamento logístico e estratégico das atividades do DSEI contribuiu para a asfixia do funcionamento da Instituição” (Fonte: <http://foirn.wordpress.com/>, acesso em: 13/08/2014). Em 2013, o DSEI-RN foi denunciado ao MPF/AM pela omissão que levou à morte de crianças da etnia Hupd’äh. O MPF/AM estipulou uma multa diária de 30 mil reais caso o DSEI-RN continuasse a não realizar os atendimentos nas aldeias, e a não disponibilizar medicamentos para o tratamento dos pacientes⁵.

A execução das ações de atenção à saúde nas aldeias e comunidades indígenas é realizada por meio de administração indireta por meio de convênios. A terceirização dos serviços apresenta-se como um dos principais fatores que têm levado à manutenção deste quadro dramático e de privação de um direito fundamental às populações indígenas, a Saúde. Hoje, apenas três organizações disponibilizam os serviços de Promoção, Proteção, Vigilância, Segurança Alimentar e Nutricional e Recuperação da Saúde Indígena para os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Ou seja, apenas essas três terceirizadas são responsáveis pela contratação da maior parte dos profissionais de saúde que atendem a população

⁵ <http://www.pram.mpf.mp.br/news/mpf-am-pede-a-justica-providencias-urgentes-em-relacao-ao-atendimento-no-dsei-alto-rio-negro>

indígena. Os valores repassados em 2013 pela SESAI às terceirizadas chegaram a R\$ 453,92 milhões, aproximadamente 50% de toda a verba da saúde indígena, de acordo com a análise da ONG INESC sobre os dados do Portal da Transparência⁶.

Com contratos precarizados, os trabalhadores de saúde que atuam na saúde indígena, muitos deles recém-formados e em suas primeiras experiências profissionais de atenção em saúde, deparam-se com realidades que escapam à lógica apresentada em suas formações universitárias e técnicas, centradas na densidade tecnológica dos hospitais. Enfermidades altamente preveníveis e de baixa complexidade não conseguem ser tratadas em tempo oportuno nas aldeias e comunidades e são as principais causas de morte entre crianças até 1 ano de idade. No que diz respeito à qualidade do serviço prestado, deve ser ressaltada a importância da formação continuada e permanente dos trabalhadores da saúde que atuam em contextos interculturais entre indígenas, somado principalmente a necessidade de um modelo de atenção articulado a um modelo de gestão que privilegie a autonomia dos trabalhadores, gestores e indígenas para a construção de estratégias conjuntas de enfrentamento aos agravos em saúde.

A organização do serviço dos DSEIs não deve ser considerada apenas como uma questão logística, em um mero ordenamento de objetos (remédios, equipamentos, instrumentos) e pessoas (usuários e trabalhadores). Ao contrário, a organização deveria dar-se a partir das necessidades reais dos indígenas, a partir da vigilância de saúde, com a utilização de métodos epidemiológicos para monitoramento do quadro sanitário, com a elaboração de estratégias para assistência construídas coletivamente e com a corresponsabilização no cuidado entre os diversos níveis de atenção no SUS.

Não é possível defender que haja um modelo de atenção construído sob bases epidemiológicas em atuação na saúde indígena, visto a constância de “missões emergenciais” para enfrentamento de doenças diarreicas no Vale do Javari ou no Alto Rio Purus, por exemplo. Também se torna difícil falar sobre corresponsabilização no cuidado quando o Incentivo à Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAEPI) não foi revisto pela SESAI. Existem hospitais que recebem o incentivo e se negam a assistir indígenas enquanto outros não o recebem e os

⁶ <http://www.portaltransparencia.gov.br/despesasdiarias/>

atendem. Ressalta-se que o incentivo não é condição para a atenção especializada aos indígenas, pois a média e alta complexidade no SUS é referência ao Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, mas um adicional para que o serviço se qualifique na atenção diferenciada preconizada na PNASPI.

A saúde não pode ser encarada como mercadoria e bem de consumo. A saúde é propulsora de cidadania e deve atuar em defesa da vida. Vida essa cuja decisão não se encerra entre trabalhadores e gestores de políticas, mas que deve ser pensada a partir do diálogo, do vínculo, do acolhimento, da escuta e da produção de autonomia do sujeito.

Recentemente, manifestando o objetivo de dinamizar a contratação de profissionais de saúde e de manter a SESAI apenas como proponente de políticas de saúde indígena, o governo federal elaborou a proposta de transferência da prestação de serviços de saúde e saneamento indígenas para um novo órgão, o Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI). Diante das críticas e denúncias apresentadas pelo movimento indígena e por entidades indigenistas, o Ministério Público Federal (MPF) divulgou nota (09/09/14) mostrando que a proposta do INSI fere princípios constitucionais ao transferir a execução da saúde indígena do SUS para uma pessoa jurídica de direito privado, fora da jurisdição do MPF, e ao prejudicar o controle social, já que não prevê a participação de número suficiente de representantes indígenas no conselho deliberativo⁷.

Nesse sentido é que formulamos a pergunta: será que a proposta do INSI não está reduzindo a atenção aos povos indígenas a um mero fluxo de objetos e técnicas em vez de produzir interlocução, confiança, respeito, aprendizado, afeto e ética, princípios fundamentais para a atuação em contextos interculturais? Não será essa uma das questões que têm mobilizado as mais diversas organizações indígenas a elaborarem cartas, notas de repúdio e manifestações?

Fórum sobre Violações de Direitos dos Povos Indígenas

São Paulo, setembro de 2014.

⁷ Nota MPF (09/09/2014): http://noticias.pgr.mpf.mp.br/noticias/noticias-do-site/copy_of_pdfs/nota%20sobre%20INSI.pdf