

O despertar de uma política: as dificuldades de concretização do subsistema de saúde indígena entre 1999 e 2015

Julio José Araujo Junior

Procurador da República em São João de Meriti. Mestre em Direito Público pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Resumo: O presente artigo busca avaliar criticamente os resultados promovidos pela política nacional de saúde indígena impulsionada pela Constituição de 1988, abrangendo o período compreendido entre a implantação de um subsistema no Sistema Único de Saúde (SUS), em 1999, e o ano de 2015. Para tanto, são analisados os relatórios anuais de gestão em âmbito nacional pelo Governo Federal. O propósito consiste em identificar situações fáticas que o próprio Estado reconheceu como prioritárias e se propôs a enfrentar, verificando, em seguida, se a atuação foi eficiente e eficaz ou se houve omissão no período, com base na própria narrativa dos órgãos responsáveis e na comparação com outros dados oficiais e extraoficiais relativos à sociedade envolvente. Após descrever brevemente o tratamento da saúde dos povos indígenas em período anterior à ordem constitucional atual, passa-se à avaliação dos indicadores produzidos pelos relatórios de gestão dos próprios órgãos incumbidos da política, mediante análise dos resultados alcançados e das diretrizes não priorizadas, seguida da apresentação dos desafios para uma melhora dos resultados.

Palavras-chave: Saúde indígena. Política nacional. Subsistema. Direitos fundamentais. Intercultural. Indicadores.

Abstract: This article seeks to critically evaluate the results promoted by the national indigenous health policy, promoted by the 1988 Constitution, covering the period between the implementation of a subsystem in the Single Health System (SUS), in 1999, and the year 2015. In order to achieve this goal, the article analyzes the annual

national management reports made by the Federal Government. The purpose is to identify factual situations that the State itself recognized as priorities and that it proposed to face, and then verify whether the action was efficient and effective or if there was an omission in the period, based on the very narrative of the responsible bodies and comparison with other official and unofficial data concerning the surrounding society. After describing briefly the treatment of the health of indigenous peoples in a period prior to the current constitutional order, the indicators produced by the management reports of the policy bodies themselves are analyzed by examining the results achieved and the non-prioritized guidelines, followed by the presentation of the challenges for improving the results.

Keywords: Indigenous health. National policy. Subsystem. Fundamental rights. Intercultural. Indicators.

Sumário: 1 Introdução. 2 Limitações e objetivos da pesquisa. 3 Uma atenção diferenciada à saúde. 3.1 A criação do subsistema de saúde indígena. 4 Estruturação da política, planejamento e resultados. 4.1 Evolução dos dados orçamentários. 4.2 Planejamento estratégico, metas da política e resultados. 4.3 Campanhas de vacinação. 4.4 Combate a morbidades. 4.5 Mortalidade infantil. 5 Avaliação do subsistema e diretrizes não priorizadas. 6 Considerações finais.

1 Introdução

O povo Karajá, no Tocantins, deseja a construção de postos de saúde nas aldeias, com uma melhor estrutura dos imóveis, e pede a disponibilização contínua de medicamentos, pois não adianta ter médicos ou enfermeiros se não houver remédios. Por sua vez, os povos do Rio Negro, no Amazonas, clamam por maior participação dos indígenas e reclamam que o aumento de recursos para a saúde indígena não vem gerando melhorias às comunidades, que sofrem com a falta de equipes de atendimento e de transporte fluvial de pacientes na Amazônia. Em todos os cantos do Brasil, os povos indígenas reclamam por uma assistência mais contínua e efetiva no campo da saúde¹.

1 Pesquisa realizada pelo Núcleo de Opinião Pública da Fundação Perseu Abramo, em parceria com o Rosa Luxemburg Stiftung Instituto, entre 2010 e 2011, junto a 52 lideranças indígenas e mais cerca de 400 indígenas em contexto urbano, gestores

Ao mesmo tempo, o Ministério Público Federal alerta para a precariedade do atendimento², e o próprio Poder Judiciário se mostra sensível à necessidade de melhoria do serviço³. Em 2016, após visita ao País, a relatora especial da Organização das Nações Unidas (ONU) emitiu comunicado⁴ em que adiantou sua percepção de que a prestação de serviços de saúde é inadequada, o que foi confirmado em relatório (ONU, 2016).

Esses relatos condizem com a realidade? Em qual medida? Afinal, a implantação do subsistema contribuiu ou não para a melhoria no serviço de saúde prestado aos povos indígenas? Essas são algumas perguntas que este artigo busca responder. Para isso, pretende-se analisar as diretrizes da política nacional de saúde indígena e a sua execução, mediante a verificação dos indicadores contidos em relatórios de gestão e a visão crítica dos órgãos que atuam com o tema e, sobretudo, dos povos indígenas.

De forma resumida, o artigo está estruturado da seguinte forma: na primeira parte, descreve-se brevemente o caminho percorrido até a instituição de um subsistema para a saúde indígena, bem como as prin-

e representantes de organizações não governamentais de todo o País, apontou que a maior preocupação dos indígenas se refere a agentes de saúde (24% em primeiro lugar e 46% na soma das menções), postos e ambulância dentro das aldeias (20% em 1º lugar e 48% na soma das menções), médicos especialistas nas aldeias (11% e 35%) e medicamentos gratuitos (9% em 1º lugar e 46% na soma das menções). VENTURI; BOKANY, 2013, p. 181-262.

- 2 Em 10 de dezembro de 2012, o Ministério Público Federal (MPF) realizou uma ação coordenada em nível nacional intitulada *Dia D da Saúde Indígena*, com o objetivo de chamar a atenção para a precariedade no atendimento de saúde ao indígena no País (CIMI, 2013a, p. 15).
- 3 Nesse sentido, pode-se citar que, das 21 ações civis públicas propostas pelo MPF no Dia D da Saúde Indígena, doze já haviam recebido decisão liminar parcial ou totalmente favorável. Informações disponíveis em: http://noticias.pgr.mpf.mp.br/noticias/noticias-do-site/copy_of_indios-e-minorias/dia-d-da-saude-indigena-passados-seis-meses-mpf-faz-balanco-de-decisoes-judiciais-e-segue-exigindo-melhorias-no-servico/. Acesso em: 15 jul. 2016.
- 4 O comunicado foi publicado no sítio eletrônico do Alto Comissariado da ONU para Direitos Humanos (ACNUDH). Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=18498&LangID=E>. Acesso em: 21 abr. 2016.

cipais características e metas da política nacional. Na segunda parte, são avaliados os indicadores a respeito da saúde, em que – adianta-se – se verifica uma estruturação da política quanto a *inputs* e *outputs*, e a melhora de certos resultados (*outcomes*⁵), os quais ainda estão distantes da política de saúde formulada junto à sociedade envolvente. Na última parte, avaliam-se os pontos em que a política pouco ou nada avançou e apontam-se possibilidades de aprofundamento.

2 Limitações e objetivos da pesquisa

Para analisar os principais dados colhidos a respeito da política de saúde indígena, com ênfase no período posterior à criação do subsistema, é necessário debruçar-se sobre os documentos de planejamento e os relatórios de gestão da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), de forma a captar as metas prioritizadas, a evolução de certos dados, as políticas e os resultados informados, bem como a avaliação feita pelos gestores do período compreendido entre 1999 e 2015.

A pesquisa enfatiza a análise de relatórios anuais de gestão, com o objetivo de constatar situações fáticas que o próprio Estado reconheceu como prioritárias e que se propôs a enfrentar, e verifica, em seguida, se a atuação foi eficiente e eficaz ou se houve omissão no período, a partir da própria narrativa dos órgãos responsáveis e da comparação com outros dados oficiais e extraoficiais relativos à sociedade envolvente. Identificadas as ações prioritizadas e os seus resultados, haverá ainda espaço para analisar aquelas para as quais não tem havido a necessária atenção.

Como a pesquisa se baseia especialmente nos dados colhidos pela FUNASA e pela SESAI, há limitações quanto às informações

5 Parte-se da premissa de que não bastam a previsão e a aplicação de recursos (*inputs*) nem a formulação e a execução de certos programas (*outputs*), mas sim a efetiva melhora dos indicadores quanto à saúde dos povos indígenas. Nesse sentido: “The hypothesis that an ‘outcome focus’ can contribute to enhanced accountability in governance has an attractive logic. It resonates well with a human rights approach in that the formulation of economic and social rights in relevant treaties is generally formulated in ‘outcome’ terms (the right to health is about health outcomes, not specific rights to the outputs of public health services)” (NORTON; ELSON, 2002).

sistematizadas. Em que pese ter havido uma grande evolução na coleta de dados e no desenvolvimento de sistemas de informação no âmbito da saúde indígena, persiste uma dificuldade de alimentação desses dados, por razões tecnológicas e humanas⁶. É certo, ademais, que há o risco de as informações serem apresentadas nos relatórios de forma bastante otimista, realçando apenas aspectos que decorram de algum trabalho, ainda que inicial e sem resultados, do órgão. Para contrapor esse risco, será necessário trazer a visão de outros atores, como o Ministério Público, os movimentos sociais que apoiam a causa indígena e os próprios indígenas que se manifestaram na V Conferência de Saúde Indígena, ocorrida em 2013.

Cabe ressaltar, também, que foram selecionados alguns aspectos que, além de permitirem uma compreensão ampla da gestão da saúde indígena, podem ser visualizados em uma série histórica que compreenda boa parte do período pesquisado (1999–2015), com ênfase nos resultados das políticas, e não nos processos adotados. É o caso dos recursos humanos e materiais, do combate a morbidades, dos índices de mortalidade infantil e da vacinação.

Por fim, outro aspecto limitador – e que merece ser tratado criticamente desde já – diz respeito ao fato de que o universo de indígenas atendidos pelo subsistema não corresponde à totalidade da população que assim se reconhece no País. Segundo dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, a população indígena abrange 896,9 mil indígenas, pertencentes a 305 povos, com 274 línguas distintas, ao passo que o atendimento da SESAI compreende cerca de 690 mil indígenas – 84,35% da população total (BRASIL, 2016) –, que vivem em 5.103 aldeias, situadas em 445 municípios e 25 estados⁷. A SESAI argumenta que o seu papel é

6 Há DSEIs situados em localidades cujo acesso à Internet é bastante precário nas próprias cidades em que a unidade está situada, tornando-se ainda mais difícil no polo-base e nas aldeias (Amazônia). Além disso, a carência de profissionais especializados na administração em unidades mais longínquas, onde há uma rotatividade maior também de servidores públicos, contribui para a imperfeição na alimentação de dados.

7 Além disso, a SESAI informa que atende também a um grupo de 9.300 indígenas cadastrados em logradouro, que não vivem em aldeias.

atender somente aos indígenas que vivem nas aldeias, cuja cobertura é plena, e alega que o subsistema foi pensado para atender apenas aos indígenas que vivem nas “terras tradicionais”, pois nestes locais há uma vulnerabilidade grande, com maiores dificuldades, inclusive logística, de acesso ao SUS. Como se mostrará mais adiante, a visão do órgão denota uma concepção não mais amparada pela Constituição, que resgata uma compreensão do tema ligada ao assimilacionismo. O fato de o indígena não estar em uma aldeia ou no território demarcado não lhe retira sua condição étnica nem torna irrelevante um atendimento de saúde que a leve em consideração. Por ora, cabe ressaltar que, além de ser um fator limitador da pesquisa, tal decisão diminui o alcance da própria política.

3 Uma atenção diferenciada à saúde

A Constituição de 1988 é um marco na defesa dos direitos dos povos indígenas no Brasil, pois, ao contrário das diretrizes homogeneizantes dos regimes constitucionais anteriores⁸, se abre à diversidade sociocultural dos diferentes grupos que compõem a sociedade brasileira e afasta a ideia de que há estágios superiores de civilização. Reconhecem-se os direitos de determinados grupos, os quais não consistem em privilégios, mas em fortalecimento para o exercício da autonomia, por meio de uma perspectiva intercultural⁹.

8 O tratamento dos povos indígenas no Brasil é marcado por um longo período de leis esparsas, durante o período colonial e o império, voltadas a uma política de miscigenação com a expressa intenção de criar uma população homogênea livre, o que acabou servindo, cem anos mais tarde, como pretexto para a espoliação das terras dos aldeamentos em que os índios haviam sido instalados. Na República, o ideal positivista, agora dominante, preconizará a necessidade de que a incorporação daqueles povos à comunhão nacional se dê de forma gradual, o que repercutirá no pensamento constitucional brasileiro, a partir da Constituição de 1934, primeira a mencionar os índios. A Constituição de 1988, ao deixar de estabelecer qualquer hierarquia entre os grupos que compõem a sociedade brasileira, valoriza a autonomia desses povos.

9 *Interculturalidade* se apresenta, nesse contexto, como uma expressão mais feliz que multiculturalismo, pois não se limita a reconhecer as múltiplas culturas, mas preconiza um diálogo que compreenda suas incompletudes mútuas e permita a troca entre os diferentes saberes, por meio da hermenêutica diatópica defendida por Boaventura de Sousa Santos. Daí surge a já consagrada expressão de que “temos o

O art. 231 da Constituição consolida o reconhecimento da organização social, costumes, línguas, crenças e tradições dos índios, bem como os direitos sobre as terras que tradicionalmente ocupam. Ao mesmo tempo, o art. 196 estabelece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, enunciando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a participação da comunidade é fundamental (art. 198, III). Soma-se à Constituição a Convenção n. 169, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ratificada pelo Brasil apenas em 2004, que cuida da responsabilidade dos Estados em favor de povos indígenas e tribais. Essa convenção ressalta, em relação à saúde, a prestação de serviços adequados e prevê a existência de meios que permitam aos povos indígenas organizar e prestar tais serviços sob sua própria responsabilidade e controle (artigo 25)¹⁰.

A legislação que se consolida no final do século XX é fruto de diversas mobilizações dos povos indígenas em todo o mundo, inclusive no Brasil¹¹, as quais constituíram um terreno fértil para semear essas novas ideias.

direito a ser iguais quando a diferença nos inferioriza; temos o direito a ser diferentes quando a igualdade nos descaracteriza” (SANTOS, 2010, p. 462).

- 10 No mesmo sentido, embora de forma não vinculante, a Declaração de Direitos dos Povos Indígenas, da ONU, estipula o direito desses povos de determinar e elaborar prioridades e estratégias para o exercício do seu direito ao desenvolvimento, em especial o direito de participar ativamente da elaboração e da determinação dos programas de saúde (artigo 23). Além disso, a declaração estabelece que os povos indígenas têm direito a seus medicamentos tradicionais e a manter suas práticas de saúde, incluindo a conservação de suas plantas, animais e minerais de interesse vital do ponto de vista médico, sendo garantido também o direito ao acesso, sem qualquer discriminação, a todos os serviços sociais e de saúde. Assegura-se, assim, o direito de usufruir, por igual, do mais alto nível possível de saúde física e mental (artigo 24).
- 11 Em 1986, quando foi realizada a Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio – posteriormente reconhecida como a I Conferência Nacional de Saúde Indígena –, no âmbito da VIII Conferência Nacional de Saúde, os povos indígenas já cobravam um modelo que tirasse da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) a gestão da saúde indígena, conferindo a atribuição a um órgão vinculado ao Ministério da Saúde, com a garantia de acesso universal e integral, bem como participação indígena em todas as etapas do processo de planejamento, avaliação e execução das ações desenvolvidas (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO – CIMI, 2013a).

3.1 A criação do subsistema de saúde indígena

No passado colonial, e mesmo nas políticas de contato do século XIX, ao mesmo tempo em que se vislumbrava muito mais prejuízo aos primeiros habitantes do que aos portugueses, quase nenhuma atenção do Estado era direcionada à saúde desses povos¹². Este cenário sofreu alguma alteração após a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), em 1910¹³, porém sem acarretar uma estruturação no atendimento. O SPI previa o apoio por meio de “socorros médicos” (art. 17 do Decreto n. 8.072/1910), mas a sua atuação se limitava a intervenções esporádicas, em situações de surtos. Não havia sistematização na prestação do serviço¹⁴ ou capacidade, inclusive técnica, de enfrentamento às especificidades vivenciadas pelos grupos atendidos¹⁵, o que se repetiu na gestão da FUNAI, criada em 1967, e se manteve até a atual Constituição.

Após 1988, a despeito dos impasses existentes acerca da titularidade da gestão da saúde dos povos indígenas¹⁶, crescia a mobiliza-

12 A única atenção era oriunda das missões religiosas, que exerciam dedicação à saúde no contexto de possibilitar uma aproximação e evangelização de determinados grupos, ou seja, como uma preocupação instrumental para o desenvolvimento da catequese.

13 O Serviço de Proteção aos Índios e Localização dos Trabalhadores Nacionais (SPILTN) foi criado por meio do Decreto n. 8.072, de 20 de junho de 1910. Em 1918, passou a dedicar-se unicamente ao trabalho junto aos indígenas, tornando-se SPI. Adotando uma perspectiva assimilacionista, o SPI tinha por objetivo atrair os povos indígenas, de forma pacífica, e integrá-los à dinâmica da sociedade envolvente, na qualidade de trabalhadores, permitindo-se o contato e a absorção dos modos de vida hegemônicos. Para tanto, o decreto prevê a prestação de assistência “aos índios do Brasil, quer vivam aldeados, reunidos em tribus, em estado nômade ou promiscuamente com civilizados” (art. 1º, *a*).

14 Houve, de 1910 a 1967, uma intensificação do contato entre indígenas e não indígenas no interior brasileiro, com forte desvantagem para os primeiros, que sofreram os impactos de doenças como gripe e sarampo (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002, p. 7).

15 Um episódio de forte impacto, decorrente de uma epidemia de sarampo, ocorreu em 1950 com os índios Urubu-Kaapor, no Maranhão. Darcy Ribeiro (1996, p. 310) relata que moradores fugiram de suas aldeias, “imaginando que a doença era um ser sobrenatural que atacara a aldeia e podia ser evitado se escapassem para longe”, enquanto outros tiveram forças para “armar abrigos de folha de palmeira sobre a rede”, mas a maioria estava ao relento, “ardendo em febre sob a chuva”.

16 Com a nova ordem constitucional, o tratamento do tema e o contexto de mobilizações permitiu que a saúde dos povos indígenas passasse a vincular-se ao Ministério da Saúde, nos termos do Decreto n. 23, de 1991, que esboça uma nova política. No

ção para a consolidação de um novo modelo¹⁷. A previsão de uma atenção diferenciada só se concretizaria, porém, em 1999, após a edição da Lei n. 9.836, que, por meio do acréscimo de oito artigos (arts. 19-A a 19-H) à Lei n. 8.080/1990, previu a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Essa lei instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena como parte integrante do SUS, com o qual deveria funcionar em perfeita integração (art. 19-B), financiado com recursos próprios da União (art. 19-C); permitiu a articulação do subsistema com os órgãos da Política Indígena (art. 19-D); e facultou aos demais entes e instituições governamentais e não governamentais complementar o custeio e a execução das ações (art. 19-E).

A lei previu a estruturação de unidades chamadas Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que consistem em “um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado”¹⁸. O modelo dos DSEIs orienta o atendimento con-

entanto, esse processo logo foi interrompido com a edição do Decreto n. 1.141, de 1994, que restituiu a coordenação da política à FUNAI e dividiu as atividades entre a autarquia indigenista e a Fundação Nacional de Saúde (cuja sigla, à época, era FNS).

17 Em 1993, realizou-se a II Conferência Nacional dos Povos Indígenas, quando foram propostas as bases para um subsistema de atenção à saúde indígena. Destacou-se, à época, que “o caráter de universalidade do sistema somente pode ser viabilizado através de enfoque diferenciado, tratando adequadamente povos diferentes”. Na conferência, defendeu-se também a consideração da realidade local e das especificidades da cultura indígena, contemplando-se uma abordagem global que compreendesse saneamento básico, nutrição, habitação e meio ambiente. O teor do relatório final pode ser acessado em: <http://dab.saude.gov.br/docs/geral/2cnsi.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2016.

18 Este conceito é abordado expressamente na publicação que trata da Política Nacional de Saúde Indígena, porém já vinha sendo objeto de preocupações dos povos indígenas desde pelo menos 1986, tendo sido apresentado nas conferências de saúde indígena. O modelo piloto, como mencionado acima, foi o do DSEI Yanomami, após a edição do Decreto n. 23/1991. Atualmente, existem 34 DSEIs, com áreas de atribuição um pouco alteradas desde a criação, porém sempre baseados nas características etnoculturais dos espaços de atuação, que podem extrapolar áreas de estado ou agrupar diversas unidades em um só, conforme o quantitativo da população indígena e geralmente nos municípios próximos aos grupos atendidos. Só no Amazonas, por exemplo, há sete DSEIs, ao passo que existe apenas um DSEI (Litoral Sul), com sede em Curitiba, para atender a área abrangida por São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002, p. 13).

forme a localização e as características dos grupos étnicos, rompendo com a lógica de atendimento voltado às divisões geopolíticas e centradas nas divisões territoriais por municípios ou estados. Além disso, o novo diploma estabeleceu o caráter descentralizado, hierarquizado e regionalizado do subsistema, devendo o SUS funcionar como retaguarda e referência, de maneira integrada (art. 19-G, § 2º). O acesso das populações indígenas ao SUS manteve-se garantido, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária (art. 19-G, § 3º).

O Decreto n. 3.156, de 1999, que regulamentou a lei, conferiu à FUNASA a execução da referida política e assegurou o atendimento básico no âmbito das terras indígenas, ressaltando que as ações e serviços de saúde prestados aos índios pela União não prejudicariam as desenvolvidas pelos municípios e estados, no âmbito do SUS. O art. 2º do decreto estabeleceu as diretrizes a serem observadas, com destaque para a redução da mortalidade, em especial a materna e a infantil; a interrupção do ciclo de doenças transmissíveis; o controle da desnutrição, da cárie dental e da doença periodontal; a restauração das condições ambientais cuja violação se relacione diretamente com o surgimento de doenças e de outros agravos da saúde; a assistência médica e odontológica integral; a participação das comunidades indígenas envolvidas na elaboração da política de saúde indígena, de seus programas e projetos de implementação; e o reconhecimento da organização social e política, dos costumes, das línguas, das crenças e das tradições dos índios.

Em 2002, um ano após a III Conferência Nacional de Saúde Indígena, o Ministério da Saúde finalmente aprovou, por meio da Portaria n. 254, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNSI). A PNSI referenda diversas diretrizes, destacando-se as seguintes: I) a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de DSEIs e, no nível local, dos chamados polos-base; II) a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; III) o monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; IV) a promoção do uso adequado e racional de medicamentos; V) a promoção de ações específicas em situações especiais; VI) a promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde

que envolvam comunidades indígenas; VII) a promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena; e VIII) o controle social.

Quanto à atribuição dos órgãos, coube à FUNASA a execução das ações, com atuação complementar das secretarias municipais e estaduais (item 5.1 da PNSI). O financiamento das ações seria feito pela FUNASA e pelo Ministério da Saúde, com possibilidade de complementação por organismos de cooperação internacional e pela iniciativa privada¹⁹.

Em 2010, atendendo aos apelos de diversos setores da sociedade civil e do movimento indígena²⁰, o Governo Federal final-

19 Essa abertura à contratação de terceiros para a execução das ações de saúde indígena, que aparentava ser a exceção, foi, no início, a regra na condução da política pela FUNASA, que simplesmente repassava os recursos às entidades para atuarem diretamente. Esse modelo se alterou em 2004, quando o Ministério da Saúde, por meio das Portarias n. 69/2004 e n. 70/2004, restringiu as ações complementares, em consonância com o Acórdão n. 823/2004, do Tribunal de Contas da União. O acórdão do TCU estabeleceu limites às atividades complementares a serem desempenhadas pelos municípios e entidades do terceiro setor, enfatizando a atribuição da FUNASA para atividades de caráter permanente, aquisição de patrimônio e gestão (BRASIL. Tribunal de Contas da União. Processo n. 004.199/2004-0. Acórdão n. 823/2004. Plenário rel. Lincoln Magalhães da Rocha. Brasília, 30 de junho de 2004. Ata n. 23/2004). No início, a terceirização funcionava da seguinte forma: as organizações não governamentais adquiriam os bens, que não eram integrados ao patrimônio da FUNASA, recebiam recursos para obras, compravam medicamentos, combustíveis e demais insumos, eram responsáveis pelos transportes e gerenciavam os DSEIs, e ainda podiam fazer compras sem licitação. Com a portaria, a FUNASA passou a gerenciar os recursos, fazer compras por licitação e contratar pessoal extra, em caso de epidemia e emergências, além de executar as obras e adquirir bens permanentes, que passaram a ser integrados ao patrimônio do órgão (BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 70, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0070_20_01_2004.html. Acesso em: 15 jul. 2016).

20 Apesar da criação do subsistema e da formulação da PNSI, mesmo após as portarias de 2004, o desempenho da FUNASA na gestão da saúde indígena foi objeto de muitas críticas. A notícia de diversos casos de corrupção e a constatação da pouca participação do controle social na gestão dos convênios geraram reação da sociedade civil e do movimento indígena. Mesmo assim, a defesa de uma atuação do Governo Federal na pauta sempre foi objeto de reivindicação dos indígenas, a qual deveria ser acompanhada de uma desconcentração administrativa. Na IV Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2006, decidiu-se que a FUNASA permanecesse como órgão gestor da saúde indígena, “sem municipalizar ou estadualizar, transformando os distritos sanitários especiais indígenas em unidades gestoras, com autonomia política, financeira e técnico-administrativa, criando um grupo de tra-

mente criou, por meio da Medida Provisória n. 483, posteriormente convertida na Lei n. 12.413/2010, um órgão especial vinculado ao Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), com atribuições e organização definidas pelo Decreto n. 7.336/2010, atualmente Decreto n. 8.065/2013²¹. O novo órgão substituiu a FUNASA na gestão do subsistema e consolidou um modelo que vinha sendo buscado desde a promulgação da Constituição, com mais especialidade administrativa e maiores possibilidades de acompanhamento pleno das especificidades socioculturais dos povos indígenas.

Embora formalmente prevista em 2002, a PNSI já vinha sendo executada, em linhas gerais, pelo menos desde 1999. Mesmo com a criação da SESAI, ela continua em vigor, nos termos da Portaria n. 254/2002, e não houve descontinuidade na gestão²².

4 Estruturação da política, planejamento e resultados

Não existem dados anteriores a 1999 – ano da criação do subsistema – que permitam um panorama nacional da saúde indígena, pois as informações não eram sistematizadas, sendo colhidas pela FUNAI, pela FUNASA e por organizações não governamentais ou missões religiosas de forma desorganizada. Todas essas informações são importantes, mas não asseguram um parâmetro comparativo fidedigno com os dados colhidos após 1999²³.

balho paritário pelo Ministério da Saúde para rediscutir e implementar a estrutura organizacional de assistência à saúde indígena, acelerando sua desburocratização, garantindo a participação indígena, pelo controle social” (Item 4.1 das resoluções da Conferência. BRASIL, Ministério da Saúde, 2007a).

- 21 O decreto foi revogado pelos Decretos n. 7.530/2011 e n. 7.797/2012, tendo em vista a previsão de estruturas e cargos, que sofreram mudanças ao longo dos anos.
- 22 Em 2015, começou a ser discutida uma reformulação da PNSI; porém, segundo informações do relatório de gestão de 2015, o grupo de trabalho que a analisaria sequer foi instituído (BRASIL, Ministério da Saúde, 2016, p. 76).
- 23 Essa falta de base de dados decorre, em grande parte, da atuação das equipes volantes de saúde dos tempos de FUNAI, que não sistematizavam as informações, salvo quando se analisavam determinados eventos específicos, como surtos ou epidemias, e situações de certas etnias. Como já se destacou acima, o documento que trata da PNSI aponta que o sistema de informações não contemplava dados como identificação étnica e domicílio do

Apesar da carência de dados, já era possível verificar taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que as detectadas na população brasileira em geral. Havia também um alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas, o que confirmaria a baixa cobertura e a inefetividade dos serviços disponíveis²⁴.

4.1 Evolução dos dados orçamentários

A evolução orçamentária dos gastos com o subsistema, desde a sua criação, em termos absolutos e nominais, foi crescente. No ano de 1999, o Ministério da Saúde e a FUNASA aplicaram juntos R\$ 95,8 milhões na saúde indígena, valor que saltou para R\$ 754,9 milhões em 2008 (BRASIL, 2009), para fins de custeio, capital e ações de saneamento em terras indígenas. Dos recursos aplicados pela FUNASA, da ordem de R\$ 62 milhões, R\$ 38 milhões foram destinados aos convênios com estados, municípios, universidades e ONGs, e apenas R\$ 24 milhões, à aplicação direta (BRASIL, 2001). Em 2002, os recursos para a saúde indígena, aprovados no PPA, eram de R\$ 124.234.122,37. Em 2005, o teto aprovado foi de R\$ 200.837.119,00.

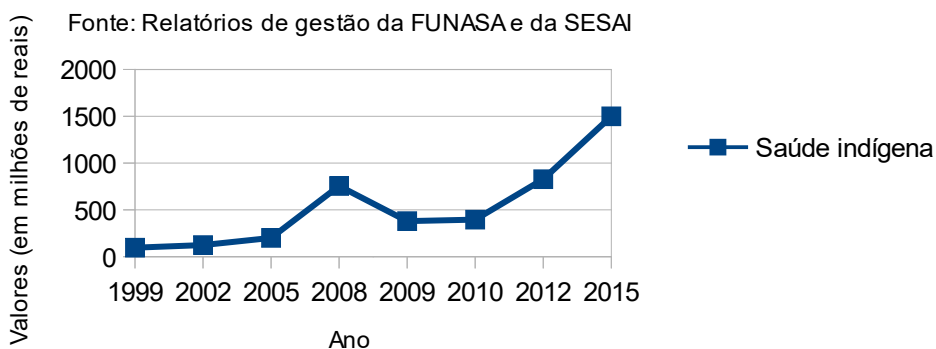
Houve um crescimento cumulativo de recursos de 78,68% para o período referente ao PPA 2004–2007, com o maior incremento em 2006. Essa tendência teria mudado no PPA 2008–2011, quando se verificou uma queda de orçamento no primeiro ano de 1,39% em relação a 2007, com crescimento tímido de 2,49% em 2009 (PEREIRA, 2013).

paciente indígena, o que prejudicava a construção do perfil epidemiológico e o planejamento de ações. Nesse sentido: BRASIL, Ministério da Saúde, 2002, p. 7.

24 Como exemplo, citam-se os índices referentes aos casos entre os yanomami de Roraima, onde o coeficiente de incidência anual de tuberculose passara de 450 por 100 mil pessoas, em 1991, para 881,4 por 100 mil pessoas em 1994. Em 1998, era de 525,6 por 100 mil, segundo os dados da organização Comissão Pró-Yanomami, uma entidade não governamental que atua em defesa daquela etnia. A situação crítica do povo Yanomami foi objeto de atenção internacional nas décadas de 1980 e 1990, em razão de conflitos com garimpeiros e da falta de assistência básica aos indígenas. A expulsão de ONGs, missões religiosas e de equipes de saúde agravou a situação dos índios, gerando uma série de epidemias, como gripe e malária. Tais violações foram relatadas pela Comissão Nacional da Verdade (BRASIL, Comissão Nacional da Verdade, 2014, p. 233).

Em 2011, ano em que a SESAI efetivamente assumiu o subsistema, houve um decréscimo de 6,40% no orçamento, mas em seguida passou a crescer, com dotação de R\$ 827.702.859,00 em 2012, R\$ 1.136.400.000,00 em 2013, R\$ 1.280.600.000,00 em 2014 e R\$ 1.500.180.000,00 em 2015.

Gráfico 1: Evolução dos dados orçamentários



Além de ultrapassar a marca de um bilhão de reais no orçamento, houve também, no início da década de 2010, uma aproximação do total empenhado em relação ao valor dotado, bem como do valor efetivamente pago em relação à quantia empenhada. Em 2012, por exemplo, o pagamento correspondeu a 74% da dotação atualizada e a 80% do valor empenhado²⁵. No ano de 2013, o valor efetivamente pago atingiu 90% da dotação atualizada e 99% do valor empenhado, mesmo índice observado em 2014. Em 2015, todavia, já se verificou uma queda nos percentuais, de 82% e 90%, respectivamente, o que pode ser explicado pela crise econômica verificada naquele ano e pelo contingenciamento de recursos²⁶.

25 Em 2012, foram gastos R\$ 612.279.979,50, R\$ 1.023.213.570,026 em 2013 e R\$ 1.149.430.724,48 em 2014. Em 2015, houve uma dotação de R\$ 1.500.180.000,00, com o empenho de R\$ 1.369.923.057,17 e o pagamento de R\$ 1.232.824.901,82. A sobra de crédito orçamentário foi de R\$ 130.256.942,83, por insuficiência de limite orçamentário, e R\$ 137.098.155,35 a título de restos a pagar (BRASIL, Ministério da Saúde, 2016, p. 93-95).

26 No ano de 2015, os gastos referentes ao pagamento de subvenções sociais (convênios) corresponderam a R\$ 749.480.973,31, cerca da metade do orçamento. O res-

4.2 Planejamento estratégico, metas da política e resultados

Ao analisar as informações prestadas pelos gestores públicos durante o período de 1999 a 2015, constata-se que houve, em um período inicial (2002–2007), a adoção de medidas que favoreceram a estruturação de recursos humanos e materiais e o aumento das instalações físicas, o que gerou alguns resultados positivos imediatos de indicadores, embora insatisfatórios se comparados à realidade da população não indígena.

Durante a gestão da FUNASA, as atividades priorizadas foram a organização de banco de dados, o estabelecimento de um quantitativo adequado de profissionais e de unidades, a adoção de campanhas de vacinação e o combate a certas morbidades – como malária e tuberculose –, além de políticas de saneamento e da redução de certos índices, como o da mortalidade infantil. Com a criação da SESAI, essas prioridades foram mantidas, e buscava-se garantir um melhor acompanhamento das ações e o planejamento específico da realidade das etnias, bem como o enfrentamento de disparidades dentro do próprio sistema²⁷.

Foi prevista na PNSI a instituição do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) como um meio para avaliar aspectos como a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos

tante serviu para o pagamento de meios de transporte (R\$ 143.438.434,26), medicamentos (R\$ 22.406.384,77), pagamento de diárias e passagens (R\$ 18.980.685,98), combustível (R\$ 45.253.624,82), locação de mão de obra, despesas com apoio administrativo, vigilância e limpeza (R\$ 140.286.516,25), pagamento à OPAS pelo Programa Mais Médicos (R\$ 3.000.000,00) e aquisição de material médico-hospitalar, odontológico e farmacológico (R\$ 27.736.852,11) (BRASIL, *op. cit.*, p. 102).

27 Cotejando tais priorizações com as diretrizes estabelecidas na PNSI, pode-se dizer que foi conferida maior ênfase à organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas, ao monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas, à promoção de ações específicas em situações especiais e à promoção do uso adequado e racional de medicamentos. Em segundo plano, como se discutirá mais adiante, ficaram aspectos como a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural, a promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas, a promoção de ambientes saudáveis e a proteção da saúde indígena. O controle social foi uma diretriz que recebeu alguma atenção, porém a forma como isso se deu vem sofrendo inúmeras críticas, razão pela qual se poderia inseri-lo num grupo intermediário em termos de priorização pelos órgãos responsáveis pela política.

povos indígenas, além de oferecer subsídios aos órgãos gestores e ao controle social quanto ao diagnóstico e às prioridades. Antes do subsistema, as informações não eram colhidas periodicamente e não havia elementos para traçar perfil epidemiológico ou demográfico dos povos.

O SIASI contém informações sobre morbidade, recursos humanos, nascimentos, mortalidade e serviços, entre outros, baseadas em cada indivíduo indígena. Permite identificar e cruzar dados dentro de um mesmo grupo ou entre grupos diversos e acompanhar as medidas adotadas. Além de oferecer mais ferramentas para o diagnóstico, assegura o controle do desenvolvimento da política pública.

Sem embargo, há imperfeições que são constatadas pelo próprio órgão. Em relatório sobre o ano de 2015, a SESAI apontou a existência de dificuldades na alimentação pelas unidades e na operação do próprio sistema, como o envio e o processamento por meio de lotes, gerando com isso um acompanhamento que não reflete a realidade. Isso porque o SIASI foi inicialmente pensado para funcionar de forma *on line*, em ligação direta e simultânea com o sistema central em Brasília; porém, em razão da precariedade da rede de Internet em várias localidades, passou a funcionar por meio do envio periódico de lotes de informação, o que nem sempre ocorre.

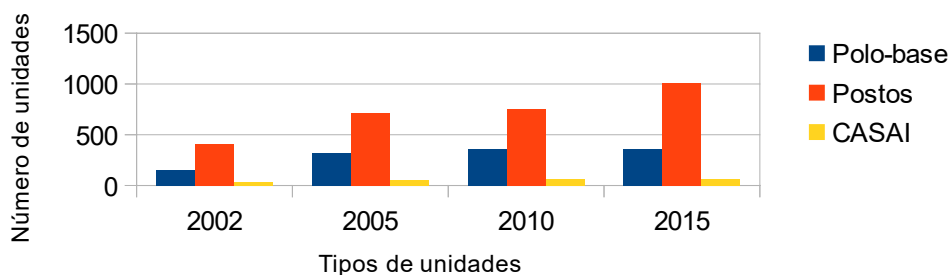
Há necessidade de capacitação dos servidores para processarem as informações e procederem à alimentação contínua referente a certos módulos (como o de morbidades). Foram constatados, além das dificuldades de acesso à Internet, problemas decorrentes da rotatividade de profissionais e de erros no preenchimento. Outro aspecto relevante diz respeito à necessidade de melhorias no SIASI quanto aos dados nele previstos. Em 2015, constatou-se que o SIASI não fornecia o acompanhamento de dados sobre o acesso ao pré-natal (consultas, puerpério e informações sobre partos), sendo necessário registrar essas informações em planilhas de Excel.

O adequado funcionamento do subsistema necessita, em primeiro lugar, de um regular atendimento nas aldeias; em segundo lugar, do acolhimento dos pacientes em prédios apropriados e que considerem as especificidades socioculturais dos povos envolvidos; em terceiro lugar, da disponibilização de uma gama de profissionais especializados, aptos a promover um diálogo intercultural com os grupos atendidos.

Quanto à estrutura física, cada DSEI é dividido em polos-base, postos de saúde e Casas de Saúde do Índio (CASAI)²⁸. A rede de atendimento abrangia, em dezembro de 2002, 412 postos de saúde, 152 polos-base, 39 CASAI e 329 hospitais de referência credenciados. Em julho de 2005, esse número saltou para 717 postos de saúde, 323 polos-base, 55 CASAI, 367 hospitais de referência credenciados. Em 2010, havia 358 polos-base, 751 postos de saúde e 62 CASAI, além de 362 hospitais de referência estadual e municipal e rede privada. Em 2015, o quantitativo correspondia a 360 polos-base, 66 CASAI e 1.007 unidades básicas de saúde indígena.

Houve um salto inicial de construções durante a implantação do subsistema (2002-2005), tendo o quantitativo se estabilizado desde então, com poucas alterações significativas, salvo quanto ao número de postos de saúde/unidades básicas de saúde indígena, para os quais há o aproveitamento de outras estruturas.

Gráfico 2: Estrutura física do subsistema



Fonte: Relatórios de gestão da FUNASA e da SESAI

28 A sede do DSEI é a unidade central administrativa e fica localizada em uma das cidades de sua área de atribuição, geralmente na que ofereça maior estrutura dentro daquela região. Os polos-base são unidades menores posicionadas nos municípios da área do DSEI ou mesmo em aldeias, conforme o quantitativo da população a ser atendida, e dispõem de uma estrutura básica, com estoque de medicamentos e presença de um grupo de funcionários. Existem ainda postos de saúde, atualmente unidades básicas de saúde indígena, que garantem uma certa descentralização, sobretudo no oferecimento de medicamentos e no apoio ao trabalho dos agentes de saúde indígena. Por fim, existem as chamadas Casas de Saúde do Índio (CASAI), que são espaços de acolhimento dos indígenas que se deslocam aos municípios centrais para aguardar um procedimento médico, uma consulta ou mesmo uma transferência para outra localidade que possua um hospital de referência. Na CASAI, os indígenas devem receber alimentação adequada e, quando necessário, medicação, com a possibilidade de serem acompanhados por familiares. Algumas dessas estruturas físicas já existiam antes da implantação do subsistema e a ele foram incorporadas.

Para o período de 2012 a 2015, a SESAI previu, em seu PPA, a implantação de 24 novas CASAIs e a reforma de outras 31 até 2015. Em seu relatório referente ao ano de 2015, o órgão informou que foram reformadas 29 unidades e houve apenas três novas construções. Alega a SESAI que o objetivo do período foi acompanhar as construções em andamento e concluir as obras de reforma, meta que teria sido atingida em 94%. A não construção se teria devido, segundo o órgão, também ao quadro técnico insuficiente, com precária infraestrutura técnico-operacional e dificuldade operacional de alguns DSEIs em realizar processos licitatórios, bem como a problemas de execução por parte de empreiteiras (BRASIL, Ministério da Saúde, 2016, p. 65).

A situação das CASAIs existentes é precária. Muitas delas estão situadas em construções antigas, que sequer chegaram a passar por uma única reforma, e abrigam uma grande quantidade de pessoas, que se hospedam na unidade por um período razoável. Além disso, falta à CASAI um acolhimento que perceba as peculiaridades dos grupos étnicos ou mesmo as diferenças entre eles, de modo a garantir um tratamento paritário e evitar conflitos²⁹. É necessário também garantir melhor articulação com os hospitais de referência e com a atenção de média e alta complexidade para assegurar maior previsibilidade no tempo de espera na CASAI.

Na V Conferência de Saúde Indígena, várias propostas sobre a estrutura das unidades foram aprovadas. Uma das principais demandas é efetivar a descentralização dos DSEI, garantindo autonomia política, administrativa, financeira e técnica, assegurando instalações físicas próprias e os recursos humanos necessários nos postos de saúde, polos-base e CASAIs, bem como melhor organização administrativa para contratações. Aprovou-se, ainda, a pro-

29 Os indígenas Pirahã, por exemplo, são um povo cujos costumes são diversos dos indígenas Parintin, Torá e Tenharin, que também costumam frequentar CASAIs em Humaitá-AM e em Porto Velho-RO. A alimentação, por exemplo, é bastante diversa e há modos de vida diferenciados, como a recusa espiritual a certos procedimentos tidos como básicos. Da mesma forma, os Yanomami do Amazonas, cujo contato é mais recente, devem receber atendimento em casa específica em Barcelos, em lugar separado das demais etnias.

posta de que os polos-base sejam reconhecidos dentro da estrutura organizacional, consolidando-se como unidades administrativas e assistenciais nos municípios de sua abrangência, e também que os chefes de polos-base, de preferência indígenas, tenham reconhecimento do cargo com suas gratificações, com a possibilidade de criação de subpolos. Quanto às CASAs, reafirmou-se a necessidade de garantir sua reestruturação para atender às necessidades específicas e do espaço físico, atendendo e respeitando os costumes tradicionais da alimentação do indígena³⁰.

Os recursos humanos são, em sua grande maioria, contratados por meio de convênios firmados com entidades sem fins lucrativos. Em 2015, apenas três entidades prestavam serviços ao DSEI³¹. Os profissionais de saúde eram contratados pelas entidades conveniadas e formavam as equipes multidisciplinares de saúde indígena, que realizam deslocamentos periódicos para atendimento nas aldeias. Havia também a utilização de médicos do Programa Mais Médicos, do Governo Federal, com recursos pagos pela SESAI à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Além disso, havia servidores com contrato temporário e funcionários terceirizados.

Em dezembro de 2002, havia 6.388 profissionais de saúde. Este número subiu para 12.564, em 2005, e chegou a 12.895, em 2008. Em 2015, o número de profissionais foi de 13.317, todos contratados por meio de convênio. Além disso, a SESAI contou, em 2015, com 2.040 cargos efetivos, 269 trabalhadores temporários e 4.553 terceirizados, totalizando 20.257 trabalhadores.

30 Outros aspectos ressaltados foram a necessidade de articulação com outros entes para um maior número de procedimentos e menor tempo de espera para exames, consultas e vagas em hospitais para pacientes indígenas, de forma a assegurar a redução do tempo de espera nas CASAs, observando a especificidade sociocultural do paciente indígena. Demanda-se, ainda, a construção de hospitais indígenas padronizados, respeitando as diversidades culturais para atendimentos básicos e tratamentos de média e alta complexidade e a garantia de leitos em unidades de terapia intensiva (UTIs), normal e neonatal, com assistência diferenciada aos povos indígenas.

31 São elas a Missão Evangélica Caiuá, que atende 19 DSEIs, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina – SPDM (9) e o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira-IMIP (6).

O número de médicos subiu de 234 (2002) para 459 (2005), porém recuou para 275 em 2008, tendo atingido 511 em 2015. Este índice em 2015 se deve ao reforço de 330 profissionais do Programa Mais Médicos, que favoreceu a lotação de profissionais justamente nos locais em que não havia nenhum atendimento antes e garantiu a permanência deles nas localidades. Isso assegurou uma certa estabilidade em alguns DSEIs, propiciando a regularidade no atendimento e a possibilidade de um melhor desenvolvimento de ações preventivas. Houve, por conseguinte, uma presença mais efetiva desses profissionais em terras indígenas, inclusive nas mais distantes, com mitigação na alta rotatividade dos profissionais financiados pelo convênio.

De qualquer forma, em comparação aos dados da sociedade brasileira em geral, os números ainda são bem modestos. Considerando que a população indígena atendida pela SESAI é de 690 mil habitantes, verifica-se uma média de 0,73 médico por mil indígenas. A média geral de médicos por mil habitantes é de 1,95, chegando a 2,11 se considerado o número de registros de médicos por conselho regional³². Essa disparidade é sentida na saúde indígena de forma ainda mais intensa, tendo em vista que o quantitativo de profissionais já é bastante reduzido e há dificuldade em atrair essa mão de obra para locais distantes, onde há necessidade de permanecer por vários dias em aldeias e municípios com comunicação precária. Como resultado, a média é inferior à do estado em pior colocação.

A SESAI reconhece a carência de profissionais de saúde (*escassez crônica*) e destaca a alta rotatividade. Outros pontos ressaltados nos relatórios são a insuficiência de quadros e a precariedade do vínculo de grande parte da força de trabalho. Apesar do diagnóstico crítico, a SESAI emite visões contraditórias na condução da estabi-

32 Deve-se observar, ainda, que há uma disparidade regional gritante entre o Sul e o Sudeste e as outras regiões: enquanto a média do Distrito Federal é de 4,28, a do Rio de Janeiro, de 3,75 e a de São Paulo, de 2,7, a média dos estados do Norte e do Nordeste se situa entre 0,91 e 1,51. Os dados acerca do quantitativo de médicos provêm do estudo *Demografia médica no Brasil 2015*, que destaca que na Região Sudeste estão 55,3% dos médicos e 42% da população do País, ao passo que na Região Nordeste trabalham 17,4% dos médicos brasileiros e vivem 27,8% do total da população (SCHEFFER *et al.*, 2015).

lização do quadro de servidores ou do cumprimento de obrigações quanto à contratação por meio de concurso público, pois insiste na terceirização. Chegou a propor a criação de uma pessoa jurídica de direito privado para conduzir a política pública, o que afastaria a obrigação de contratar por concurso público³³.

4.3 Campanhas de vacinação

As campanhas de vacinação já eram objeto de preocupação antes da implantação do subsistema, porém não havia um acompanhamento das ações e da evolução dos índices da população aten-

33 Em 2012, a SESAÍ assinou um termo de conciliação judicial com o Ministério Público Federal e o Ministério Público do Trabalho para dar fim a uma ação civil pública que combatia a contratação irregular de profissionais (Ação Civil Pública n. 007512000701810004-DF). O acordo estabeleceu prazo para a realização de concurso público – até 31 de dezembro de 2013 – e para a substituição completa da mão de obra terceirizada – até 31 de dezembro de 2015. Contudo, o órgão não cumpriu o acordo, e em 2015 elaborou a proposta de criação do chamado Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI), uma pessoa jurídica de direito privado que funcionaria na forma de serviço social autônomo para realizar a execução direta de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde indígena. Na justificativa do projeto de lei que cria o INSI, o Governo Federal defendeu o modelo proposto com o argumento de que ele possibilitaria “novas alternativas de contratação de pessoal, mediante processo seletivo com critérios diferenciados de acesso”. Para a 6ª Câmara de Coordenação e Revisão do MPF, há clara ofensa ao papel meramente complementar da iniciativa privada na saúde pública, devendo o SUS ser o centro do serviço em questão. Aponta ainda a ausência de processos de consulta prévia, livre e informada aos indígenas, nos moldes da Convenção n. 169 da OIT; a baixa participação de indígenas prevista para o conselho do INSI; e a tentativa de retirar da esfera da Justiça Federal e do próprio MPF a atribuição de fiscalizar os recursos aplicados. O Conselho Indigenista Missionário (CIMI), entidade ligada à Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), fala em “privatização da saúde indígena” e falta de participação dos principais interessados. Ao contrário do que sustenta a SESAÍ, é plenamente possível compatibilizar o instituto do concurso público com as demandas previstas pelos indígenas, tendo em vista a legislação existente, as peculiaridades socioculturais dos índios e a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal sobre ações afirmativas. Eventuais ajustes, inclusive, podem ser objeto de legislação que leve em consideração todas as especificidades para garantir a adequação da prestação do serviço, o que deveria ser objeto de profundo debate com os povos envolvidos e o Congresso Nacional. Em vez de optar por esse caminho, a SESAÍ escolheu o abandono do modelo que se vinha desenhando e a desregulamentação do funcionamento do subsistema.

didada. Com a implantação do subsistema e da PNSI, essa atividade vem sendo realizada de forma progressiva.

Ao se considerar o chamado esquema vacinal completo, que avalia o percentual de crianças de até 7 anos de idade que estão com os esquemas vacinais atualizados, o subsistema tem alcançado resultados satisfatórios. Os relatórios de gestão referentes ao período inicial de aplicação da política não apontavam claramente os índices do esquema vacinal completo. A partir de 2006, esses dados passaram a ser mais facilmente identificados, tendo sido constatados os seguintes: 51,1% (2006), 63,8% (2007), 63,5% (2008), 73,9% (2009) e 77% (2010).

O PPA 2012-2015 estipulou como meta que a cobertura vacinal atingisse 80%. Embora tenha havido um recuo em 2012, com índice de 72,3%, a meta foi atingida em 2015, com o atendimento de 80,9% da população, de forma não homogênea, com resultados distintos nos DSEIs. Em que pesem algumas distorções regionais, note-se que esta política tem sido bem-sucedida, com resultados objetivos favoráveis, porém poderia ser mais ambiciosa, uma vez que os índices recentemente atingidos de cobertura estão muito próximos daqueles constatados em 2009.

4.4 Combate a morbidades

Morbidades como a malária e a tuberculose³⁴ geram mais preocupação por serem endêmicas em certas regiões e causarem fortes impactos entre os indígenas, devido às regiões onde vivem e às condições sociais de pobreza e de saneamento de muitas aldeias.

A FUNASA não dispunha, em 1999, de um índice oficial de parâmetro. Mesmo assim, foram estabelecidas algumas metas para o período de 2002 a 2005: 100³⁵ para *prevalência de doenças diarreicas*,

34 Outras doenças também são consideradas endêmicas em algumas regiões e afetam especialmente os povos indígenas, como a hepatite, na região do Vale do Javari (extremo oeste do Amazonas) e a hanseníase, na região do Médio Purus (centro do Amazonas). A doença de chagas também é objeto de preocupação.

35 Relação entre o número de casos existentes de doenças diarreicas e o total da população indígena (x 1.000).

100³⁶ para *prevalência de infecção respiratória aguda*, 58,6³⁷ para *coeficiente de prevalência de tuberculose* e 21,1³⁸ para *incidência parasitária de malária*, nenhuma delas atingida³⁹.

Quanto à incidência de tuberculose, em 2002 foram registrados 225,2 casos por cem mil habitantes (tuberculose – todas as formas), bem acima da meta prevista no PPA 2000–2003, chegando a 142,5 casos em 2004. Em 2009, a FUNASA constatou uma redução para 80,9 por cem mil habitantes, sendo 93,1 por cem mil entre os homens e 68,1 por cem mil entre as mulheres. Em 2014, o índice chegou a 96,5. Em 2015, segundo dados preliminares, o coeficiente foi de 81,05⁴⁰, representando uma redução em relação ao exercício anterior, porém similar à taxa geral de 2009.

Ao se comparar com os dados referentes à população não indígena, verifica-se uma grande disparidade. Em 1990, o índice era de 51,8, mesmo patamar de 1999 (51,4). Desde então, tem havido redução, como se depreende da análise dos anos de 2002 (44,3), 2004 (42,7), 2009 (38,4) e 2014 (33,5). Ao contrário dos índices referentes à população indígena, a tendência de declínio vem-se consolidando ano após ano. Em 2014, o índice referente à população indígena foi quase três vezes maior⁴¹.

36 Relação entre o número de casos existentes de infecção respiratória aguda e o total da população indígena (x 1.000).

37 Relação entre o número de casos de tuberculose entre indígenas e o total da população indígena (x 1.000).

38 Relação entre o número de lâminas positivas por malária entre indígenas da Amazônia Legal e o total da população indígena da Amazônia Legal (x 1.000).

39 Metas estabelecidas no Programa Saúde Indígena: BRASIL, Ministério da Saúde, 2001.

40 A maior incidência de tuberculose entre indígenas é constatada no Médio Rio Solimões, Vale do Javari, Parintins (todos no Amazonas), Porto Velho, Rio Tapajós, Villena, Kaiapó Pará, Araguaia, Mato Grosso do Sul e Maranhão, conforme dados do relatório de 2015.

41 Segundo dados do Ministério da Saúde, os povos indígenas estão entre os mais vulneráveis à tuberculose, com risco de adoecimento três vezes maior que o do restante da população, índice que só é menor que o de pessoas privadas de liberdade (28 vezes maior), pessoas com HIV/aids (28 vezes maior) e pessoas em situação de rua (32 vezes maior). Tais informações se baseiam em dados do Sinan/MS, do IBGE e do próprio Ministério da

Medidas importantes para reduzir tais índices consistem na melhor articulação com os outros entes da Federação e na busca ativa de casos, o que depende de atuação presente dos DSEIs e da alimentação de dados no SIASI. O relatório da SESAI aponta que a não alimentação contínua do SIASI tem sido um obstáculo e destaca a necessidade de capacitar melhor as equipes de saúde, aumentar os insumos e fixar trabalhadores em áreas de difícil acesso. Verifica-se, pois, um quadro pouco animador no combate à tuberculose, sem tendência de queda nos índices.

A malária, por sua vez, é uma doença de alta incidência na Amazônia Legal, onde é endêmica. Ao se comparar os índices da SESAI com aqueles verificados na população em geral, tendo por base as metas da OMS, observa-se um descompasso a ser corrigido. A variação dos casos de malária, no período de 2003 a 2009, foi de 11.036 a 33.771 casos. O índice parasitário anual de 2009 foi de 107 por mil habitantes, extremamente alto se comparado ao da população em geral, que era de 12,5 por mil habitantes.

Segundo os dados de 2015, verifica-se que há localidades em que os índices são altíssimos e pouco se alteram, como o Médio Rio Purus/AM (394,0), o Alto Rio Negro/AM; o Médio Rio Solimões/AM (311,3); o Vale do Javari/AM (393,7); e o Yanomami/RR (IPA: 291,1)⁴². A SESAI considera importante a estratégia de distribuição e instalação de mosquiteiros impregnados com inseticida de longa duração (MILDS) nas áreas indígenas e aponta a descontinuidade das ações como a principal dificuldade para se alcançar os resultados esperados. Além disso, relata que as equipes de endemias não conseguem cumprir a escala de trabalho em

Saúde, e estão disponíveis em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/743-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/tuberculose/l2-tuberculose/11941-viajantes-tuberculose>. Acesso em: 14 jul. 2016.

42 Além disso, a incidência é alta em outros DSEIs da Amazônia Legal, como Alto Rio Juruá/AC (59,1), Altamira/PA (60,7), Alto Rio Solimões/AM (66,1) e Norte do Pará (81,6). Apenas Altamira (21,7) e Tapajós (31,6) conseguiram sair em 2015 da área de alta incidência para a de médio risco.

razão de dificuldades de deslocamento e da quantidade de insumos e equipamentos necessários. Avalia que os agentes indígenas de saúde devem ser capacitados para as ações de diagnóstico, com tratamento em até 48 horas após os primeiros sintomas, conforme orientação da OMS, mas não há qualquer preparação de curso ou indicação de acompanhamento desses profissionais.

A menção à descontinuidade de ações, tão recorrente em vários pontos dos relatórios de gestão, mostra que certos problemas do tempo da gestão pelo SPI e pela FUNAI seguem ocorrendo, notadamente nas regiões mais distantes, em que não há atendimento regular, faltam equipamentos e insumos básicos e as equipes não dispõem da capacitação necessária para lidar com a epidemiologia da região. Quando se analisam os dados e os relatórios, percebe-se que, a despeito de certos avanços, reclamações como a dos povos do Rio Negro, citada na introdução, não são exageradas.

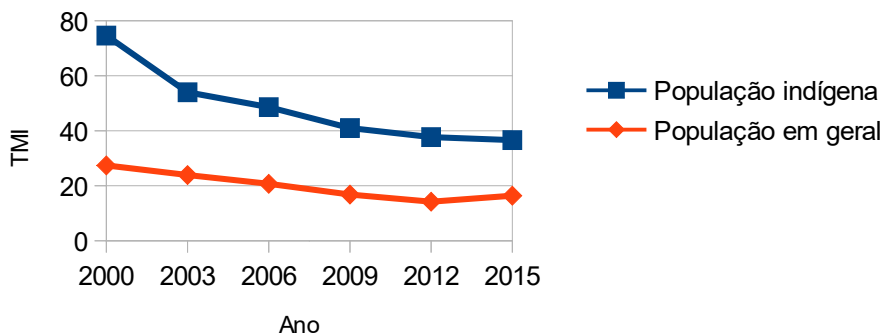
4.5 Mortalidade infantil

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é a fonte oficial sobre a mortalidade infantil indígena. A SESAI participa do programa temático na formação desse indicador. Segundo a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) (BRASIL, 2018b, p.108), o índice é considerado alto quando superior a cinquenta por mil habitantes, médio quando situado entre vinte e 49 (por mil) e baixo nos casos em que atinge menos de vinte por mil habitantes.

Pode-se falar em mortalidade neonatal – precoce (zero a seis dias) ou tardia (sete a 27 dias) – ou pós-neonatal (28 a 364 dias). A primeira costuma estar relacionada a problemas congênitos e à qualidade dos serviços de saúde na assistência à mãe, ao passo que a segunda pode decorrer de riscos ambientais, como infecções respiratórias e doenças infecciosas, do desenvolvimento socioeconômico e da infraestrutura ambiental. Na elaboração do indicador de mortalidade infantil indígena, a SESAI leva em conta os óbitos de menores de um ano e os nascimentos registrados entre indígenas que vivem nas aldeias, não sendo considerados os que estão fora delas.

Os dados passaram a ser alimentados no SIASI apenas a partir de 2009. Antes disso, havia coleta por meio de planilhas simplificadas com dados quantitativos (2000 a 2002) ou por planilhas mais detalhadas consolidadas pelo Departamento de Saúde Indígena - DESAI/FUNASA (2003 a 2008). Entre 2000 e 2009, 6.745 menores de um ano faleceram. Nesse período, a taxa caiu de 74,6 por mil para 41,9 por mil⁴³. Desde 2009, os índices vêm sofrendo queda, porém em ritmo menor. Em 2015, a taxa foi 36,3 por mil, número pelo menos duas vezes maior que a taxa da população em geral. Nesta, a taxa de mortalidade infantil correspondia a 27,4 por mil em 2000, tendo chegado a 16,0 em 2010, patamar em que se encontrava em 2015.

Gráfico 7: Taxa de mortalidade infantil



Fonte: Relatórios de gestão da FUNASA e da SESAI

Segundo a FUNASA, a redução se deveu ao modelo de atuação, com ênfase na atenção básica, priorizando ações estratégicas como vacinação, controle da tuberculose, vigilância nutricional de crianças menores de cinco anos, bem como medidas de saneamento básico. Esta taxa, porém, continua bem acima dos índices da população em geral, o que denota a insuficiência das políticas adotadas e demonstra as possibilidades de avanço em ritmo mais acelerado, a depender

43 A redução foi maior no Sul-Sudeste (64,5%), onde foi de 96,0 a 31,2 por mil, e menor no Norte (24,1%), cujo índice original era 76,6 e chegou a 47,3 por mil. A redução total no período foi de 43,8%.

do modo de enfrentamento das causas. O controle da tuberculose, como se viu, poderia ser diferente, mas não vem sendo eficaz.

A FUNASA avaliou, em 2009, que deveriam ser realizadas ações que evitassem óbitos por pneumonias e diarreias. O declínio da taxa vem ocorrendo ao longo dos anos, mas ainda é distante do índice da população em geral. Este último sofreu redução significativa e vem atingindo as metas previstas pela OMS, o que é atribuído a eficazes campanhas de vacinação, a programas de inclusão social e de transferência de renda, e a um acompanhamento da gravidez. Os indígenas têm sido mais atendidos por políticas de vacinação, como se observou, porém muitos territórios não estão demarcados ou estão situados em porções diminutas, o que prejudica o desenvolvimento de atividades de produção e reprodução sociocultural que garantam a subsistência e melhores condições para o desenvolvimento da criança. Quanto ao acompanhamento da gravidez, a análise do sistema de monitoramento mostra que esta questão vem sendo negligenciada, uma vez que não havia sequer campos de dados a serem alimentados sobre o período pré-natal, sendo tais dados alimentados por planilha eletrônica.

5 Avaliação do subsistema e diretrizes não priorizadas

A compilação de dados permite identificar objetivamente certos indicadores, como a sistematização de dados, as taxas de mortalidade infantil e combate a morbidades, o alcance da política, o número de profissionais, o quantitativo de unidades e profissionais. Entre os pontos positivos, encontram-se alguns processos, como o incremento e a estabilidade de recursos financeiros disponíveis, a melhor sistematização de dados, a adoção de políticas pontuais efetivas, como a de vacinação, e certos resultados positivos, como a redução da taxa de mortalidade infantil. Esta análise, porém, deve ser combinada com outros elementos, como a comparação com a população não indígena, as assimetrias constatadas entre os DSEIs, os resultados efetivos para a população beneficiada e o peso do atendimento intercultural.

Uma primeira reflexão questionaria se o declínio de certos índices é fruto do subsistema em si ou de um fortalecimento do SUS, de modo geral, e da melhoria das condições socioeconômicas da população no período. De um lado, é inegável que o subsistema foi capaz de consolidar e articular estratégias para o atendimento a essa população vulnerável, ainda que meramente para replicar ações bem-sucedidas no âmbito do SUS. Aliás, as políticas mais bem-sucedidas da FUNASA e da SESAI dizem respeito a esforços que coincidem, em linhas gerais, com as diretrizes de todo o sistema único, de modo que os órgãos de saúde indígena funcionam como braços de execução da política junto às aldeias. De outro, não dá para dizer que o papel do subsistema é meramente figurativo, uma vez que a sua concretização permitiu a instalação permanente de uma logística de atendimento e diagnóstico que garantiu uma aproximação permanente com essas populações. Apesar de diversas dificuldades, muitas delas relatadas aqui, pode-se dizer que o subsistema está funcionando, e sem ele certamente os índices de saúde indígena seriam piores.

Outro tema que merece avaliação diz respeito à real observância de aspectos interculturais na condução da PNSI. Nesse sentido, percebe-se um enfoque do subsistema na biomedicina, de modo que certas ações são meramente repetidas, sem maior preocupação em avaliar as possibilidades de sucesso com cada etnia e de que forma os indígenas podem contribuir para conduzir esse processo. Pensar a atuação do subsistema como mera extensão das linhas gerais do SUS mostra-se limitado quanto às necessidades dos povos indígenas e quanto às oportunidades que o diálogo intercultural oferece. Uma atuação alternativa compreenderia a adoção de medidas preventivas que considerem as contribuições do grupo atendido e um enfoque que leve em conta não apenas a biomedicina, mas também a medicina tradicional nas definições sobre tratamento.

O diálogo intercultural deveria permear toda a formulação da política e o seu monitoramento, observadas as características da etnia a ser atendida, de forma descentralizada. Apesar da adoção de processos de educação permanente, citados nos relatórios, não existe uma abertura à incorporação dos saberes indígenas nas práticas de prevenção e cura, uma análise aprofundada sobre as formas como

cada etnia pode lidar com determinada ação, tampouco incentivo à medicina tradicional. Na V Conferência de Saúde Indígena, várias propostas foram aprovadas a fim de impulsionar uma nova orientação do subsistema sobre a questão. Pediu-se a implantação de uma política nacional de atenção à medicina tradicional indígena; a valorização das práticas da medicina tradicional indígena; a implantação de farmácias vivas e laboratórios de manipulação de medicamentos e de produtos à base de plantas medicinais e a promoção de condições de trabalho (transporte, combustível, hospedagem) aos conhecedores da medicina tradicional indígena; o reconhecimento de terapeutas como parteiras, pajés, benzedores e benzedoras, rezadores, raizeiros, conhecedores de ervas, cantadores e curadores; entre outras medidas. Para tanto, é fundamental que se garantam acesso e espaço físico para atuação e acomodação permanente dos profissionais da medicina tradicional nas unidades de saúde.

A repercussão positiva do diálogo intercultural não se limita às práticas de cura, mas engloba também a atuação preventiva⁴⁴. Esse é um aspecto relevante em razão da forte centralização ainda presente no subsistema, em que os DSEIs possuem pouca autonomia administrativa e financeira para implementar a política. A capacitação dos profissionais e uma maior presença nas aldeias auxiliaria neste quesito, sendo primordial a participação de antropólogos e linguistas, o que foi objeto de proposta aprovada na conferência. Não há no quadro da SESAI cargo a ser ocupado por esses profissionais e, na prática, enfermeiros e técnicos têm dificuldade e pouca familiaridade com a compatibilização entre as práticas tradicionais e a biomedicina.

44 A política de atenção ao saneamento básico seria incrementada se levasse em consideração os anseios e as preocupações dos indígenas para complementar as medidas propostas. Segundo dados de 2009, constata-se que os investimentos eram realizados prioritariamente em abastecimento de água. O índice de abastecimento de água era de 35,48 para as aldeias, atingindo 63,07% da população que vivia nesses lugares. O tratamento de esgoto era pouco utilizado, “devido à complexidade de operações dos sistemas e à alta dispersão espacial das habitações e das aldeias”. As metas para 2010 consistiam em atender 71% das aldeias e 88% da população. Em 2015, a SESAI relata que apenas 2.500 aldeias, das 5.103 aldeias existentes (cerca de 50%), estavam sendo atendidas. No PPA 2012-2015, havia a previsão de 700 sistemas de abastecimento de água no período, porém apenas 340 foram construídos até 2015.

A interação com a medicina tradicional deveria também ser observada na articulação com os demais entes que cuidam da alta e da média complexidade. No relatório de 2015, a SESAI menciona ações de capacitação e ressalta a importância da medicina tradicional, mas não há descrição de medidas consistentes e regulares acerca do assunto. A articulação com os demais órgãos e entes do SUS (articulação interfederativa), na interação entre a baixa e a média e alta complexidade, é bastante tímida, e a própria SESAI o reconhece. No PPA 2012-2015, foi prevista a meta de celebração de contratos de ação pública com estados e municípios com serviços de média e alta complexidade na área de abrangência dos 34 DSEIs, porém, até 2015, apenas dois contratos foram firmados. Na V Conferência, esse ponto foi destacado em razão do número de procedimentos disponibilizados aos pacientes indígenas e do tempo longo de espera para exames, consultas e vagas em hospitais, o que acaba sobrecarregando, por exemplo, a permanência nas CASAI. Aprovaram-se também a necessidade de participação dos indígenas nas negociações dos referidos contratos e a criação de uma política conjunta de reconhecimento da medicina tradicional com gestores municipais e estaduais. Demandou-se, ainda, a construção de hospitais indígenas padronizados para cada DSEI.

Apesar de o Ministério da Saúde haver editado uma resolução com o fim de melhorar essa articulação por meio de comissões⁴⁵, a SESAI admite que nem sempre as pautas da saúde indígena são inseridas nas discussões, embora em algumas regiões a representação dos DSEIs possua direito a voto. O órgão constata que há

45 A articulação interfederativa é tema que não depende apenas dos órgãos responsáveis pelo subsistema, porém o papel destes é fundamental para impulsionar a discussão. Logo após a conferência, o Ministério da Saúde editou a Resolução n. 10, que aprovou a participação dos representantes dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI/SESAI/MS), na qualidade de convidados, nas reuniões e atividades realizadas pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Comissões Intergestores Bipartites (CIB), de modo a promover a articulação e a integração dos gestores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) com os gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS) em torno de temas afetos à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e sua relação com as políticas públicas de saúde do SUS.

um desconhecimento muito grande da PNSI nos municípios e nos estados, o que certamente demandará uma atuação mais efetiva do Ministério da Saúde para permitir o entrelaçamento das políticas.

A descontinuidade do atendimento também desponta como um fator de preocupação do gestor e da população atendida. Apesar de ter sido fixada uma estrutura de acompanhamento e de existir uma sistematização de dados e diagnóstico, a falta de regularidade no acompanhamento do cotidiano desses povos segue sendo um problema grave e gera a sensação de baixa eficiência. Isso se agrava mais em determinadas regiões, onde a regra é a incompletude das equipes e a rotatividade de profissionais, e não há visitas rotineiras às aldeias. Logo, tudo indica que os Karajá, citados na introdução, têm razão.

Por fim, a interpretação restritiva do âmbito de atuação do subsistema, como já se destacou no início (item 1), que privilegia aqueles que vivem em aldeias e ao mesmo tempo torna dificultoso o atendimento em aldeias não demarcadas, justamente as mais vulneráveis, é outro aspecto negativo. A SESAI confere expressamente prioridade ao atendimento daqueles indígenas que ela chama de *aldeados*, com fundamento no art. 2º, parágrafo único, do Decreto n. 3.156/1999, que prevê que a organização das atividades de atenção à saúde das populações indígenas se dará no âmbito do SUS e será efetivada progressivamente por meio dos DSEIs, garantindo-se os serviços de atendimento básico nas terras indígenas. Outro fundamento utilizado se baseia no art. 1º, VI, do anexo da Portaria n. 70/2004, do Ministério da Saúde, que menciona que o DSEI é composto pelos postos de saúde “dentro das aldeias indígenas⁴⁶”.

46 Na Vª Conferência de Saúde Indígena, tal previsão foi criticada e gerou a seguinte proposta: “Que o Controle Social de Saúde Indígena, através do Ministério da Saúde/SESAI, garanta junto ao Parlamento Brasileiro, Ministério Público Federal, Ministério da Justiça/FUNAI a revisão da Portaria nº 70/2004 no que se refere aos índios desaldeados, a fim de que o Ministério de Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) e Ministério da Saúde/SESAI criem mecanismos de atenção básica ao índio desaldeado, definindo responsáveis sanitários ou dentro da aldeia de origem, conforme reconhecimento do seu próprio povo. Solicitar à SESAI a inserção de novas famílias no cadastro do SIASI, de acordo com o reconhecimento étnico de cada povo e lideranças tradicionais, proporcionando seminários locais e regionais espe-

Muitos indígenas que saem de suas aldeias seguem mantendo vínculos com elas e permanecendo parte de seu tempo com seus familiares, ao passo que outros passam a viver nas cidades e carecem de medidas de acolhimento nas unidades de saúde e de uma abordagem compreensiva acerca do histórico médico e da sua etnia. Por mais que o atendimento nas aldeias atinja uma população mais vulnerável e deva ser priorizado, tendo em vista a imprescindibilidade de um apoio estatal específico que se faça chegar a determinados territórios, deixar de promover o atendimento dos grupos que estão fora de suas terras – vivendo nas cidades ou transitando entre estas e as aldeias – representa uma omissão do órgão federal⁴⁷.

Em suma, todos os aspectos mencionados levam à conclusão de que é imprescindível superar a barreira do tratamento dos povos indígenas como grupo a ser tutelado e conferir-lhes o protagonismo necessário nas decisões acerca das políticas públicas. No âmbito da saúde indígena, isso deve repercutir na condução dos processos decisórios, em um maior respeito aos espaços de deliberação próprios dos indígenas e na não instrumentalização de decisões previamente tomadas, com um uso do controle social como espaço

cíficos para discutir a assistência aos índios desaldeados e Controle Social por meio de financiamento com recurso extrateto complementar ao Plano distrital”.

47 Outro problema verificado diz respeito à não disponibilização de qualquer estrutura física em terras indígenas que não tenham sido demarcadas ou regularizadas. A SESAI até chega a prestar atendimento às aldeias situadas nesses territórios, mas por meio de equipes que fazem atendimento periódico, sem planejar a instalação de unidades como postos ou polos-base próximos a esses locais, o que poderia ser de suma importância, conforme o tamanho da população afetada e a vulnerabilidade encontrada. Alega-se falta de segurança jurídica decorrente da não conclusão do processo demarcatório, pois a União não poderia montar uma estrutura sem saber o destino da propriedade daquela terra. Embora sedutora do ponto de vista formal, a alegação desconsidera que a ocupação tradicional merece proteção antes mesmo da conclusão do processo de demarcação, ato meramente declaratório de seus limites, e não constitutivo do direito à terra. Na prática, há uma dupla penalização. De um lado, certos povos sofrem com a falta de demarcação de suas terras, decorrente da inércia do Governo Federal, que gera conflitos com não indígenas e constantes invasões por madeireiros, grileiros e garimpeiros. De outro, no momento de maior fragilidade, em que mais precisam do atendimento à saúde, este lhes é negado sob o fundamento de falta de um ato que cumpria ao próprio Estado praticar.

de mera homologação de entendimentos já elaborados. Assim, não basta medir a participação, como faz a SESAI, em número de encontros realizados ou de capacitações feitas; é preciso dotar o DSEI de arranjos institucionais que permitam o controle da agenda pelos indígenas e uma oitiva crítica e construtiva permanente, desapegada de cooptações políticas e com maior transparência e liberdade, assegurando – conforme as peculiaridades de cada povo – o compartilhamento da gestão para a definição das prioridades do subsistema, como as próprias conferências vêm preconizando.

6 Considerações finais

Apesar de ter havido um certo incremento de recursos orçamentários desde a instituição da PNSI, persistem sérias dificuldades no funcionamento da saúde indígena. A falta de serviços básicos, a adoção de um modelo de terceirização quanto a ações complementares, a falta de autonomia dos DSEIs para a condução da política, que segue centralizada na SESAI – em oposição à ideia de combate à homogeneização do tratamento de povos indígenas – e a ausência de transparência e de fortalecimento do controle social são críticas que merecem ser enfrentadas.

Os resultados positivos obtidos em alguns campos – como o incremento de recursos materiais e humanos, a redução da mortalidade infantil, o monitoramento constante e a realização de campanhas de vacinação – ainda estão aquém daqueles observados na população em geral. É por isso que, embora se deva admitir uma sensível melhora na prestação do serviço nos últimos quinze anos, assiste razão aos indígenas, entidades e órgãos quando apontam falhas e cenário crítico, sobretudo em determinadas regiões do País.

Para aprofundar a PNSI, o incremento do diálogo intercultural deve desempenhar um papel fundamental, assegurando-se o cumprimento efetivo das diretrizes que tratam das práticas tradicionais dos grupos. Deve-se, também, oferecer condições para que o protagonismo dos povos indígenas nos processos decisórios seja devidamente observado, com maior descentralização na gestão dos DSEIs e independência dos órgãos de controle social.

Referências

BRASIL. *Boletim Informativo Especial da FUNASA*, Brasília, edição n. 8, abr. 2009.

BRASIL. Comissão Nacional da Verdade. *Relatório*. Volume II. Textos Temáticos. Brasília: CNV, 2014. Disponível em: http://www.cnv.gov.br/images/pdf/relatorio/volume_2_digital.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Relatório de gestão da FUNASA 2003/2005*. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2005. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/relatorio_2003_2005.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Relatório de gestão 2006*. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2007b. Disponível em: <http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1305.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Relatório de gestão 2007*. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2008a. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/relatorio_2007.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Relatório de gestão 2008*. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2009. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/relatorio_2008.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Relatório de gestão 2009*. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2010. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/relatorio_2009.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena*. 2006. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2007a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/4_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Saúde Indígena: etnodesenvolvimento das sociedades indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Relatório de gestão do exercício de 2012*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/07/Relatorio-Gestao-2012-Sesai-Final.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Relatório de gestão do exercício de 2013*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/07/Relatorio-Gestao-2013-Sesai-Final.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Relatório de gestão do exercício de 2014*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/07/Relatorio-Gestao-2014-Sesai-Final.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Relatório de gestão do exercício de 2015*. Brasília: Ministério da Saúde,

2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/05/RG-Sesai2015-Versao-apos-Auditoria-CGU-30062016.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/02fev_01_relatorio_final_5cnsi.pdf.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). *A política de atenção à saúde indígena no Brasil: breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas*. Brasília: CIMI/CNBB, 2013a. Disponível em: <http://6ccr.pgr.mpf.mp.br/institucional/grupos-de-trabalho/saude/cartilha-sobre-saude-indigena-cimi>.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). *Relatório violência contra os povos indígenas no Brasil: dados de 2012*. Brasília: CIMI/CNBB, 2013b.

NORTON, Andy; ELSON, Diane. *What's behind the budget? Politics, rights and accountability in the budget process*. London: Overseas Development Institute, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Conselho de Direitos Humanos. Relatório da missão ao Brasil da relatora especial sobre os direitos dos povos indígenas, ago. 2016, p. 6. Disponível em: <http://unsr.vtaulicorpuz.org/site/images/docs/country/2016-brazil-a-hrc-33-42-add-1-portugues.pdf>. Acesso em: 23 set. 2016.

PEREIRA, Maria Luiza Garnelo; MAQUINÉ, Aldemir Lima. *Financiamento do Subsistema de Saúde Indígena nos Planos Plurianuais (PPA) no Brasil*. Manaus: 2013. Disponível em: http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais_painel/029.pdf.

RIBEIRO, Darcy. *Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SCHEFFER, M. *et al.* *Demografia médica no Brasil 2015*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015. 284 p.

SOUSA, Maria da Conceição de; SCATENA, João Henrique G.; SANTOS, Ricardo Ventura. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853–861, abr. 2007.

SOUZA FILHO, Carlos Frederico Marés de. Comentário ao art. 231. *In: CANOTILHO, J. J. Gomes et al.* (coords.). *Comentários à Constituição do Brasil*. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013. p. 2148–2157.

VENTURI, Gustavo; BOKANY, Vilma (orgs.). *Indígenas no Brasil: demandas dos povos e percepções da opinião pública*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.