

DEMANDAS PARA A SAÚDE INDÍGENA NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

DEMANDS FOR INDIGENOUS HEALTH AT THE 16th NATIONAL HEALTH CONFERENCE

Natalia Raquel Niedermayer*
Diuslene Rodrigues da Silva**

RESUMO

Neste trabalho, resgatamos o percurso histórico da construção da política de saúde para os povos indígenas e identificamos as principais demandas apresentadas por eles e/ou pelos profissionais de saúde indígenas presentes na 16ª Conferência Nacional de Saúde. Esta pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa, tem como base o Relatório daquela Conferência, em que observamos as propostas sobre os indígenas nos três eixos, compreendendo de qual realidade partem essas demandas. As propostas apresentam a necessidade de: fortalecimento da gestão das políticas e de programas como o Mais Médicos; quadros profissionais permanentes; estrutura física; recursos humanos; pesquisas; participação e controle social; financiamento; fortalecimento das práticas tradicionais; atenção à saúde mental e saúde preventiva; entre outras. É evidente que a realidade dos povos indígenas é extremamente desafiadora e exige que o Estado seja efetivo no atendimento à saúde desses povos, mas não podemos esquecer da defesa do território e cultura.

Palavras-chave: Política de saúde, saúde indígena, 16ª Conferência Nacional de Saúde.

ABSTRACT

In this work, we present the historical path of the construction of the health policy for indigenous peoples and we identify the main demands presented by them and/or by indigenous health professionals who took part in the 16th National Health Conference. This bibliographic research, with a qualitative approach, is based on the Report of that Conference, in which we observed the proposals regarding indigenous people in the three axes, understanding the reality from which these demands arise. The proposals include the need for: strengthening the management of policies and programs such as Mais Médicos; permanent professional staff; physical structure; human Resources; researches; social participation and control; financing; strengthening of traditional practices; attention to mental health and preventive health; inter alia. It is evident that the reality of indigenous peoples is extremely challenging and requires the State to be effective in providing health care to these peoples, but we must not forget the defense of territory and culture.

Keywords: Health policy, indigenous health, 16th National Health Conference.

*Bacharela em Serviço Social pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) (2016). Mestra em Desenvolvimento Rural Sustentável pela Unioeste (2018). Mestranda em Serviço Social pela Unioeste.

**Doutora em Desenvolvimento Regional e Agronegócio pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (1992) e mestrado em Letras- Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (2006). Docente na graduação e pós-graduação stricto sensu da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

INTRODUÇÃO

Obedecendo a particularidades que são específicas da formação social, cultural e econômica do Brasil, a gênese da intervenção efetiva do Estado na saúde ocorre na década de 1930. Já na década de 1960, e com as mudanças impostas pela ditadura militar, a saúde também sofreu alterações, principalmente com o setor privado sendo privilegiado na produção da saúde. Passo importante na saúde ocorreu com o processo de redemocratização do Estado brasileiro, com a promulgação da Constituição de 1988, dando início a um novo sistema de proteção social, definindo a atual concepção de Seguridade Social de universalização de direitos sociais e tratando da Saúde, Assistência Social e Previdência como questão de ordem pública e responsabilidade do Estado.

Já na dimensão da saúde indígena, há décadas os povos indígenas do Brasil, com o apoio de importantes movimentos e atores políticos, vêm discutindo as políticas a serem implementadas para garantir o direito à vida e a saúde. Os indígenas exigem que o Estado brasileiro estruture políticas que possibilitem a atenção diferenciada aos povos indígenas.

É no âmbito da saúde que se tem maior atenção para as comunidades indígenas. Algumas legislações atendem indígenas e não indígenas e outras lidam especificamente com as demandas daqueles. Todas as legislações surgem em meio as reformas no sistema nacional de saúde, assumindo uma nova forma a partir da criação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, no ano de 1999, organizada por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). O objetivo de criar os DSEIs era de promover assistência médica e odontológica para as populações indígenas por meio de parcerias entre as instituições públicas com organizações indígenas, tendo suas políticas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e executadas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

O projeto de criação dos DSEIs deve considerar em seu modelo organizacional os territórios indígenas sob seu campo de atuação bem como da infraestrutura necessária e dos recursos humanos, chamadas de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), lotadas em uma Unidade Básica de Saúde, além de promover a formação e capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde (AISs).

A partir de 2010, esse subsistema se vinculou diretamente ao Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº. 7.336, que oficializa a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), na estrutura do Ministério da Saúde. Isso significa que o modelo de gestão criado a partir da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) no âmbito da Política Nacional de Saúde sofre alterações, principalmente na autonomia dos atendimentos e atenção às populações indígenas e dos orçamentos específicos destinados à política.

Muitos desafios ainda precisam ser superados na área da saúde – principalmente quanto ao financiamento para saúde indígena, à gestão do Subsistema de Saúde Indígena, ao controle social e à gestão participativa, ao saneamento –, e nas estruturas de atendimento da saúde indígena.

Desse modo, o presente artigo tem como objetivo desvendar a realidade sobre a saúde indígena no Brasil, com base na perspectiva histórica de consolidação do sistema de saúde no atendimento aos povos tradicionais e a partir das propostas reivindicatórias desses sujeitos apresentadas nos espaços de conferência. Para isso, realizamos uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa, para explorar e compreender as propostas para os indígenas apresentadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2019.

Com base no estudo realizado, é cada vez mais necessário e urgente a defesa da democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, com maior atenção para as populações historicamente

marginalizadas e estigmatizadas; além da construção de estratégias que possibilitem a aproximação das unidades de saúde com a realidade da população e dos territórios dos povos tradicionais, a fim de seja valorizar os conhecimentos tradicionais e estimular a participação popular nos mais diversos espaços.

MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho é resultado de um estudo teórico realizado na disciplina de Elementos Estruturantes do Trabalho Profissional do Assistente Social na Área da Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (mestrado), da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. O trabalho teórico foi desenvolvido a partir da pesquisa bibliográfica¹, de abordagem qualitativa, com base em autores da área do Serviço Social e da Saúde e em dados publicados no Relatório Consolidado da 16ª Conferência Nacional de Saúde, com recorte para as propostas sobre os povos indígenas nos três eixos temáticos, a saber: I. Saúde como direito; II. Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); e III. Financiamento adequado e suficiente para o SUS. Ainda, demos ênfase às regiões que apresentaram as propostas e relacionamos com os dados sobre desassistência à saúde descrita no Relatório de violência contra os povos indígenas, realizado pelo Cimi.

BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

De acordo com Bravo (2006), as primeiras iniciativas para organizar as ações no setor da saúde surgiram no início do século XX, mais especificamente a partir da década de 1930, quando elas ganham atenção especial e são aprofundadas. O que explica esse direcionamento na atuação do Estado a partir da década de 1930 são as transformações que ocorreram na sociedade brasileira por meio do processo de industrialização e do surgimento das políticas sociais e trabalhistas, mas também como necessidade de responder as reivindicações dos trabalhadores.

O processo de industrialização sob o comando do grande capital industrial foi responsável pelo crescimento acelerado da urbanização devido ao aumento do contingente de trabalhadores assalariados que foram absorvidos nesse processo. As condições de trabalho eram precárias em relação a higiene, saúde e habitação.

De acordo com Bravo (2006), no período de 1945 a 1964, a questão de saúde era delicada para a população em razão do quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, bem como a mortalidade geral.

A Política de Saúde, durante o período da ditadura, militar privilegiou o “modelo produtor privado”, assim descrito por Bravo (2006, p. 6). A saúde, como parte da estratégia do Estado ditatorial para sua afirmação e também dos grandes empresários, precisava assumir as características presentes naquele período no modo de produção capitalista, principalmente por meio da incorporação das transformações tecnológicas que já tinham sido desenvolvidas e incorporadas no exterior. “A saúde pública teve no período um declínio e a medicina previdenciária cresceu, principalmente após a reestruturação do setor, em 1966” (BRAVO, 2006, p. 6).

Nesse período de tensões em todos os campos da sociedade, a Saúde não ficou de fora, principalmente no âmbito da política nacional, revelando as contínuas tensões entre a garantia de serviços

¹ “[...] registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. Utilizam-se dados de categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir de contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos.” (SEVERINO, 2007, p. 122).

ampliados, recursos financeiros disponíveis para a política, os interesses provenientes dos acordos burocráticos entre os setores do estado e empresas médicas e a emergência do movimento sanitário (BRAVO, 2006).

Já na década de 1980, a Política de Saúde passa por um novo processo, o da construção do Projeto de Reforma Sanitária². Apesar do fim da ditadura militar, Bravo (2006) afirma que junto com as conquistas da redemocratização do Estado brasileiro vieram as decepções, principalmente com o avanço do conservadorismo após 1988, o que significou para a grande massa da população a não efetivação de ganhos materiais.

Na década de 1980, novos sujeitos sociais se inseriram na construção da saúde brasileira, no que diz respeito às condições de vida da população e das propostas dos governos definidas para a saúde. A participação desses novos sujeitos nessas discussões foi significativa pela contribuição para um debate mais amplo, que permeou a sociedade civil. Com isso, a saúde passou a assumir uma dimensão política e não apenas técnica, e suas concepções passam a ser vinculadas à defesa da democracia.

Nesse processo, tem destaque os profissionais de saúde o movimento sanitário e o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) se tornou um importante veículo de propagação e ampliação do debate sobre o tema da saúde e democracia e elaboração propostas contrárias ao que vinha sendo definido pelos governos. Os partidos políticos de oposição aos governos também inseriram esse debate em suas agendas, levando-o para os espaços políticos partidários, como o Congresso bem como a importante organização dos movimentos sociais que também foram responsáveis pela articulação com outras entidades e organizações para debater a saúde.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2006, p. 9).

Um dos momentos mais importantes e marcantes e que significou um avanço nas discussões sobre a questão da saúde no Brasil foi a organização e realização da 8^a Conferência Nacional de Saúde. É nesse momento que a questão da saúde extrapola a análise setorial da política, que além de propor a reforma sanitária, propõe também o sistema único.

Com o reestabelecimento da democracia, o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 significou, no plano jurídico, que os direitos sociais estariam garantidos diante das grandes demandas da população e dos enormes indicadores de desigualdade social, que se aprofundaram durante o período da ditadura militar. A construção da saúde no âmbito da Assembleia Constituinte se tornou uma arena política em disputa por dois grupos que tinham interesses – de um lado, os grupos empresariais, que eram liderados pela Federação Brasileira de Hospitais no setor privado e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e, do outro lado, os sujeitos e entidades representativas que tinham como defesa a Reforma Sanitária, que eram representados com Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte (BRAVO, 2006).

² “[...] os ideais da Reforma Sanitária, que podem ser resumidos como: a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social. A premissa básica é a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 7).

Os sujeitos e as entidades civis que tinham o compromisso de defender a Reforma Sanitária passaram a perder espaços de governo e dentro dos aparelhos institucionais a partir de 1988, devido ao retrocesso político do governo, que teve importantes reflexos na saúde, em seus aspectos econômicos e políticos. Nesse período, percebe-se alguns questionamentos sobre a implementação do Projeto de Reforma Sanitária como, por exemplo,

[...] a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988 (BRAVO, 2006, p. 12).

Contudo, é na década de 1990 que ocorre a concretização do Projeto de Saúde voltado para o mercado por meio do redirecionamento do papel do Estado, sob influência do ajuste neoliberal, com fortes impactos negativos na área da saúde e na garantia de direitos sociais e trabalhistas. Além disso, nota-se o aprofundamento do desemprego estrutural, evidencia-se a precarização das condições de trabalho, e ocorre o desmonte da previdência social, bem como o sucateamento da educação.

A proposta de Política de Saúde estruturada na década de 1980 tem sido desconstruída, tem sido vinculada ao mercado, setor privado, primam-se as parcerias com a sociedade civil, terceiro setor. Uma das formas da política assumir os custos da crise é por meio da refilantropização. Utilizam-se agentes comunitários e cuidadores para desenvolver atividades profissionais, tornando-as mais baratas para o Estado.

Já o Sistema Único de Saúde (SUS) também tem enfrentado retrocessos como o descumprimento das normativas constitucionais e legais e uma ausência do governo federal no ato de regulamentar e fiscalizar as ações desenvolvidas no âmbito da saúde (BRAVO, 2006).

O projeto saúde articulado ao mercado, ou a reatualização do modelo médico assistencial privatista, está pautado na Política de Ajuste que tem como principais tendências a contenção dos gastos com racionalização da oferta; descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado (BRAVO, 2006, p. 15).

Na entrada dos anos 2000, a expectativa que se colocava para o novo governo do Partido dos Trabalhadores, Lula, era de fortalecer constitucionalmente o SUS. Contudo, o que se percebe nas discussões internas do governo é uma disputa entre os interesses universalizantes e os focalizantes, que ganham mais espaço e força na arena política. Isso se explica pelas pressões do desfinanciamento da política e da necessidade de exigir que o Estado cumpra seu papel na saúde, no atendimento dos segmentos mais pobres da população.

A ausência do Estado e o fortalecimento da saúde focalista faz com que a dimensão universal se distancie cada vez mais da realidade. De acordo com Bravo (2006), as políticas focalizadas são a “antipolítica” social do Estado, pois permitem a “inclusão” não como direito de cidadania, mas pelo nível de pobreza da população, negando assim a dimensão de igualdade, que é a base para uma política social que, de fato, possa intervir sobre as desigualdades sociais.

O Projeto de Reforma Sanitária está perdendo a disputa para o Projeto voltado para o mercado. Os valores solidários que pautaram as formulações da concepção de Seguridade Social, inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas que fortalecem a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema. (BRAVO, p.20-21)

Para Santos (2013), o projeto privatista, do mercado, defende em seu discurso a política de ajuste, na diminuição dos gastos públicos, e dispensa a participação da população na construção de uma política mais democrática e universal. A discursiva neoliberal acredita na competitividade e no individualismo, devendo o Estado garantir o mínimo para atender à população mais pobre. Esses são grandes desafios para a consolidação do SUS como política universalista e construída em processos democráticos e com a participação popular.

ELEMENTOS SOBRE A HISTÓRIA DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

Desde o período colonial, os povos indígenas têm sofrido com as violências, perdas e desassistências. As soluções dos governos sempre envolviam ações forçadas e tutelares por acreditarem que eram incapazes. A primeira resposta mais importante do Estado para proteção dos povos indígenas foi em 1910, com a criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) – órgão vinculado ao Ministério da Agricultura.

Já na década de 1950, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado ao Ministério da Saúde, que tinha como objetivo garantir as populações indígenas e rurais, que moravam em lugares de difícil acesso, assistência em saúde, principalmente por meio de vacinação; atendimento odontológico; e controle de tuberculose e outras doenças de fácil transmissão.

No ano de 1967, a Fundação Nacional do Índio (Funai) foi criada em substituição ao SPI, devido às denúncias de corrupção dentro do órgão. Com a estruturação da Funai, surgiram propostas de trabalho mais efetivas e na área da saúde foram criadas as Equipes Volantes de Saúde, as quais permaneceram até o ano de 1970. Tais equipes prestavam serviços médicos eventuais por meio de vacinação, além de supervisionar as atividades de saúde nas aldeias.

Em 1986, foi realizada a primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, no mesmo ano em que ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde. Dois anos depois, a promulgação da Constituição Federal de 1988 afirmou a mudança da relação entre o Estado brasileiro e os povos indígenas, superando a perspectiva da integração e da tutela pelo respeito à especificidade cultural e social de cada povo no território brasileiro.

Em 1991, em cumprimento à determinação da constituição que instituiu SUS e também em resposta às reivindicações do movimento indígena brasileiro do país, o governo federal delegou a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde indígena da Funai para o Ministério da Saúde (MS). Ainda no ano de 1991, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), que tinha como objetivo auxiliar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes das políticas de saúde na área indígena, além de acompanhar a saúde dos povos indígenas, articulando-se com órgãos dos governos e com a sociedade civil organizada.

Também em 1991, foi criado o projeto-piloto de distritalização, chamado de Distrito Sanitário Yanomami, pioneiro na atenção aos critérios demográficos, geográficos e culturais para definir do modelo de gestão específica, por meio de financiamento próprio e recursos humanos capacitados para atuação na realidade específica dos Yanomami.

Em 1993, foi realizada a segunda Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, que reafirmou a importância e a defesa do modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), como base operacional no âmbito do SUS para a política de atenção à saúde dos povos indígenas. Os distritos sanitários seriam vinculados diretamente ao Ministério da Saúde e a administração seria

de responsabilidade dos Conselhos de Saúde com participação indígena nos processos de definição e deliberação. Além disso, no âmbito do governo federal, foi definido que haveria um departamento responsável pela saúde indígena do país. No ano de 1993, os povos indígenas exigiram a criação de uma secretaria especial que deveria ser responsável pela gestão da política nacional de atenção à saúde indígena.

Em 1994, por ação do movimento indígena e deliberação dos respectivos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI), foram criados os Distritos Sanitários Indígenas do Leste de Roraima e do Xingu, tornando-se referência para a criação de outros distritos no território nacional. O diferencial apresentado nesses distritos era o modelo assistencial, que tinha como base a formação de Agentes Indígenas de Saúde, que eram indicados e acompanhados pelas próprias comunidades, além do respeito ao protagonismo e aos conhecimentos tradicionais dos povos indígenas no processo de autogestão da atenção básica à saúde nas comunidades.

A Lei Arouca também serviu como catalisador das demandas indígenas na área da saúde ao determinar que o governo federal criasse o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), tendo por base os DSEIs, e no ano de 1999 foram então criados os 34 DSEIs. Ainda em 1999, foi instituído pela Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde um grupo de trabalho para elaborar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, tendo como membros representantes do governo, universidades, o Conselho Indigenista Missionário e organizações indígenas. O objetivo dessa política era garantir aos povos indígenas de todo o território brasileiro o acesso integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, respeitando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política.

Com a criação do SASI-SUS e dos DSEIs, quase todos os serviços de saúde – atenção básica, prevenção e saneamento – passaram a ser desenvolvidos por convênios firmados com organizações da sociedade civil – organizações indígenas e indigenistas – e com alguns municípios. Em 2004, a Funasa estabeleceu novas diretrizes para a saúde indígena para que as atividades fossem desenvolvidas de forma direta e para reduzir o papel das entidades conveniadas, ficando responsáveis apenas pela contratação de pessoal, disponibilidades de insumos, deslocamento dos indígenas entre as aldeias e compra de combustível para os deslocamentos.

As tensões e descontentamentos em relação a saúde dos indígenas, discutidas até hoje se referem à Portaria editada pela Funasa, em 2007, sobre a regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas, revogando a Portaria nº 1.633/GM, de 14 de setembro de 1999. A questão central dessa portaria, publicada pela Funasa – desrespeitando os interesses dos indígenas –, abria possibilidades reais para a municipalização da saúde indígena, contrária às reivindicações dos indígenas.

No ano de 2008, a Justiça do Trabalho determinou que o governo federal fosse o gestor responsável da política de saúde indígena. Já no ano de 2010, foi oficializada em lei a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), representando mais um grande avanço na luta dos indígenas para o atendimento digno na saúde. Apesar desse grande avanço, **a crise atinge** a atenção à saúde indígena no Brasil, desde o ano de 2008, quando foi anunciada a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), pelo Ministério da Saúde, que tem se revelado inoperante e omissivo, tornando mais grave ainda o cenário alarmante que atinge a saúde das comunidades indígenas nas últimas décadas.

Para superar ou, ao menos, amenizar a crise da saúde indígena, seria necessária a atenção a alguns importantes elementos que são pilares fundamentais para a gestão do Subsistema de Atenção

à Saúde Indígena: a autonomia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e o controle social com gestão participativa. A autonomia se refere à dimensão administrativa e financeira dos DSEIs, motivo principal da luta dos povos indígenas pela criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena para substituir o antigo modelo autoritário e burocrático implementado pela Funasa.

No ano de 2013, foi realizada a quinta Conferência Nacional de Saúde Indígena, a qual teve como tema “Subsistema de Saúde Indígena e SUS: Direito, Acesso, Diversidade e Atenção Diferenciada”, e ocorreu pela efetiva mobilização do movimento indígena, em resposta à morosidade do governo para implementar de modo efetivo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Outra importante demanda para o atendimento à saúde indígena é a formação dos profissionais indígenas das próprias comunidades, principalmente para a função de Agentes Indígenas de Saúde (AIS), que é a principal base do novo modelo assistencial proposto, tendo em vista que esse profissional deverá servir como o sujeito fundamental para a mediação entre o conhecimento tradicional e o sistema de saúde constituído, promovendo, assim, o diálogo intercultural. No entanto, o reconhecimento e a regularização profissional dos Agentes Indígenas de Saúde estão paralisados desde a criação da Sesai em 2010, não respeitando o compromisso assumido para a realização de processos seletivos diferenciados para a contratação dessa categoria.

Os povos indígenas, em suas reivindicações e defesas sobre a organização, estruturação e atendimento em saúde, pautam-se em princípios que são base para uma ação diferenciada e comprometida com as especificidades da realidade em que vivem os povos indígenas. Dentre os princípios, a reciprocidade parte da ideia da necessidade de as comunidades indígenas conviverem com equidade com agentes que trabalham na saúde, seja pela troca de experiência, seja nos processos de decisão. Além disso, é importante também a aproximação da medicina com a cultura dos povos indígenas, no sentido de compreender o universo simbólico que caracteriza esses povos.

A integralidade é outra dimensão fundamental, pois exige que o profissional tenha uma visão mais ampliada da problemática indígena, compreendendo que a atuação implica também em dimensões históricas, sociais, culturais e ambientais da saúde. A autonomia dos povos indígenas também deve ser respeitada, ainda que a história das legislações brasileiras que definiam os indígenas sempre os tenha apresentado como incapazes de tomar decisões ou de serem responsáveis por ações. Passados muitos e muitos anos, os povos indígenas ainda buscam a autogestão e a gestão participativa nos programas de saúde implementados nas comunidades.

Na área da saúde, as principais linhas de articulação das comunidades indígenas estão em torno da formação; capacitação continuada e acompanhamento dos Agentes Indígenas de Saúde que atuam nas comunidades; mobilização das lideranças indígenas por meio de cursos; e acesso à informação para que possam compreender e exigir do governo a instalação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) em suas comunidades ou próxima delas.

Também é importante a luta construída em conjunto com o movimento indígena de todo o país, para que a implementação definitiva do SASI-SUS – com base nos DSEIs, tendo como responsável o Ministério da Saúde, pela gestão do subsistema – ocorra, pondo fim ao modelo de terceirização e a possibilidade de municipalização da saúde indígena e, não menos importante, a constituição dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde em todas as regiões, possibilitando uma participação mais ampla e efetiva dos povos indígenas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

AS DEMANDAS DE SAÚDE INDÍGENA NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

A atual conjuntura econômica, política e social do Brasil, por si só, demarca um tempo em que a lógica da gestão neoliberal do estado se apresenta como contrária a qualquer avanço na perspectiva dos direitos sociais, inclusive dos povos indígenas – os quais como já foram citados –, que estão postos para o estado e para a sociedade como sujeitos incapazes do protagonismo na dimensão da vida social.

Na direção dos acirrados ataques aos direitos até aqui conquistados, é importante destacar que a realização das conferências municipais, estaduais e nacional são mais que eventos, constituem-se em um dos poucos espaços onde se demarca a necessidade de discutir e propor novas ações para que as políticas atendam à população com maior equidade e que, de fato, os direitos sociais sejam garantidos. Além disso, são importantes espaços para que a sociedade civil expresse, avalie e cobre dos governos as condições necessárias para melhorias nas condições de vida. Por isso, as conferências realizadas no ano de 2019, em todas as suas áreas, serviram como um espaço de resistência em defesa daquilo que é público e de direito.

É por todas essas razões que o tema central e os eixos escolhidos para a 16ª Conferência Nacional de Saúde são, respectivamente, “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”; I. Saúde como direito; II. Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); e III. Financiamento adequado e suficiente para o SUS – que também faz o resgate do tema e dos eixos da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986. O grande diferencial da 16ª Conferência é a Constituição Federal que garante o Estado Democrático de Direito e a participação social na saúde, que é reconhecida constitucionalmente.

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (2019), o desafio posto na atualidade é conseguir a contribuição dos usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores, para que a gestão participativa na defesa da Democracia e Saúde consiga honrar a Constituição Federal na defesa do Direito Humano Fundamental à Saúde. As Conferências de Saúde são de extrema relevância para fortalecimento do processo democrático de participação social na gestão do SUS e para que a população contribua na construção de políticas públicas na área da saúde de acordo com suas demandas. Como aponta Bravo (2001, p. 8) “[...] a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.”

Dentre todas as propostas aprovadas na Conferência Nacional, escolhemos dar maior atenção às propostas que trazem as reivindicações dos povos indígenas no âmbito do SUS, as regiões e os eixos disponíveis no Relatório Consolidado da 16ª Conferência Nacional de Saúde.

No eixo Democracia e Saúde, foi aprovada uma proposta com a demanda da população indígena apresentada pelo estado de Pernambuco que traz a necessidade de “Garantir que a gestão da saúde da população indígena continue sendo gerenciada pela esfera federal, assegurando o cumprimento da política e respeitando a especificidade do povo indígena.” (BRASIL, 2019, p. 12). Nesse sentido, a exigência é que o poder público federal atue de modo mais substantivo na operacionalização do sistema de saúde, garantindo aos indígenas serviços de atenção primária em saúde mais estruturados, coordenados e qualificados.

No eixo Saúde como Direito, foram aprovadas 10 propostas, sendo a maior parte delas das regiões Norte e Nordeste. Nem todas são específicas das populações indígenas, mas todas envolvem demandas dessas populações.

De Roraima, a proposta defende a permanência do Programa Mais Médicos em todos os municípios e macrorregiões, incluindo populações indígenas, quilombolas e classes minoritárias, de acordo com o número mínimo de médicos e de especialidades recomendado pela Organização Mundial da Saúde, tanto quanto para as suas especialidades. Isso ocorre porque o Programa Mais Médicos é fundamental para garantir que os territórios indígenas sejam assistidos, principalmente os que se encontram em situação de acampamento, e que haja periodicidade nos atendimentos, possibilitando melhores resultados para a saúde dos indígenas.

A proposta do estado do Pará se refere à necessidade de reafirmar, implantar e garantir o cumprimento das Políticas Públicas de Saúde direcionadas para as populações específicas, dentre elas, indígenas.

Do Rio Grande do Sul, a demanda aprovada na Conferência é da obrigação de estruturar as equipes de políticas de equidade em todas as esferas do governo, dando atenção especial à formação dos profissionais de saúde e a ações de prevenção específicas desses grupos, incluindo, aqui, os grupos indígenas. Nesse sentido, é necessário reconhecer que o modelo biomédico que impera na nossa sociedade também possui limitações e a saúde indígena requer dos profissionais conhecimentos mais específicos do ponto de vista cultural. É importante o diálogo entre usuários indígenas e trabalhadores do SUS e a Educação Permanente deve considerar os saberes etnológicos, tradicionais dos povos, entendendo que os conhecimentos na área da saúde são múltiplos.

Nesse eixo, duas propostas do estado de São Paulo foram aprovadas na conferência. A primeira defende a necessidade de implementar e garantir a saúde integral para as populações vulneráveis – demarcamos aqui os povos indígenas – por meio da implantação de estrutura física, de RH, insumos, pesquisa e gestão, com ações intersetoriais. A outra proposta do estado se refere à garantia do atendimento com equidade do usuário SUS, em especial das populações vulneráveis, dentre elas os indígenas.

Já a proposta apresentada pelo Distrito Federal, tem sido tema de maior discussão e reivindicação dos povos indígenas, ao exigir do Governo Federal e do Ministério da Saúde o cumprimento do Direito Constitucional de participação dos representantes Indígenas, suas organizações e movimentos na construção, implementação e melhorias da PNASPI, por meio do fortalecimento da SESAI, CASAI, DSEI, Polos Base, CONDISI, que foram deliberados nas Conferências de Saúde Indígena, no seu posicionando contrário às ações que visam à municipalização e estadualização da política de atenção à saúde indígena.

Nessa direção, o estado do Ceará defende a reabilitação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, conforme estabelecido na Lei nº 8.080/90, com respeito às especificidades étnicas, culturais e territoriais, com manutenção do financiamento no governo federal e a expansão das equipes de saúde indígena e com a formação de polos de saúde dentro das aldeias, para que o atendimento à população indígena seja ampliado, de modo a garantir o cumprimento dos princípios da saúde pública.

No estado do Amazonas, a demanda é fortalecer as práticas tradicionais relacionadas às parteiras tradicionais e indígenas, a fim de garantir maior assistência às gestantes, que residem em áreas mais distantes dos Centros de Saúde, nos partos de baixo risco, além de incluir as práticas tradicionais na

Política Nacional de Atenção Básica, inserindo dados de procedimentos realizados por esses profissionais às gestantes no cartão do pré-natal. De acordo com Ferreira (2013),

[...] ao contribuir para criar o cargo de parteira, os cursos deslocaram do âmbito familiar e de parentesco uma parte dos cuidados com a gestação e o parto, concentrando nessa personagem o exercício de uma prática que, tradicionalmente, estava difundida entre a população. Nesse caso, emerge também nova forma de entender os cuidados com a gestação e o parto, enquanto os papéis sociais desempenhados pelos cuidadores das grávidas e parturientes são redefinidos (FERREIRA, 2013, p. 212).

Por fim, a proposta do estado do Rio de Janeiro busca promover a inclusão de diversos segmentos da sociedade, de modo específico aqui, os indígenas, nos espaços dos Conselhos de Saúde e Comissões de representações que lutam contra as práticas que não promovem a equidade em saúde, considerando que esses espaços representam a possibilidade de intervenções que as diferentes forças sociais podem desenvolver para influenciar na formulação, execução e avaliação das políticas públicas para o setor saúde. Ademais, para os indígenas, tornam-se espaços significativos na defesa dos seus conhecimentos tradicionais e no diálogo para a estruturação de uma política de saúde de acordo com suas particularidades e necessidades.

No eixo Consolidação dos Princípios do SUS, além de propostas para o eixo, também foi aprovada uma diretriz apresentada pelos estados do Acre, Minas Gerais e pelo Distrito Federal. Essa proposta para a diretriz define a necessidade da realização de concurso público para quadro permanente de trabalhadores para todas as políticas nacionais, incluindo a saúde indígena, com todas as especialidades necessárias, garantindo ações de atenção básica e de média complexidade em todas as esferas de governo e fornecendo equipamentos e materiais de consumo de qualidade de forma permanente para garantir condições de trabalho aos profissionais de saúde e atendimento digno à população.

O Eixo II, sobre a Consolidação dos Princípios do SUS, teve cinco propostas. O Acre propôs manter o subsistema de saúde indígena de acordo com a Lei Federal nº 9.836/1999, chamada de Lei Arouca. Os estados de Goiás, Ceará e Minas Gerais propuseram reestruturar, fortalecer, implementar e expandir as Redes de Atenção à Saúde de forma integrada para potencializar a dimensão multidisciplinar e intersetorial para garantir a implementação de linhas de cuidado, respeitando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social (indígenas), desde a atenção básica e nas regiões de saúde inclusive (BRASIL, 2019).

A proposta do Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Norte, Sergipe e Amazonas na área da saúde mental é de ampliar a implantação de serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental com revisão dos parâmetros populacionais para a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em municípios com menor número de habitantes e os territórios dos povos indígenas.

Essa reivindicação é muito justa e coerente com toda a luta que o SUS, de uma maneira geral, vem travando na superação de uma história de segregação das pessoas com adoecimento mental, ao longo da história, tanto que a Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.2016/2001) tramitou por mais de uma década no âmbito do legislativo, até que pudesse ser referência para o início da desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos. A ampliação do atendimento em saúde mental para os indígenas além de necessária é urgente. As condições de vida, do território e a desassistência dos serviços públicos têm significado o aumento de situações de suicídio, por exemplo. De acordo com dados do CIMI, em 2018, foram notificados 102 casos de suicídio e, em 2019, foram notificados 133 casos.

Acre, Amapá, Goiás, Mato Grosso do Sul, Pará e Rio Grande do Norte manifestaram a necessidade de garantir, investir e monitorar a execução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para os profissionais do SUS e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social (PNECS) para conselheiros de saúde e para a população local, disponibilizando recursos materiais e humanos. Ainda, trataram da divulgação das atividades, incluindo um Programa Nacional de Capacitação de profissionais de saúde no SUS, com objetivo de qualificar as equipes multiprofissionais para atender às populações rurais, tradicionais, indígenas e ribeirinhos e à rede de agricultura familiar, bem como respeitar e garantir a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) e os intérpretes de língua nativa na rede de saúde. Alagoas e Mato Grosso do Sul apresentam novamente a necessidade de garantir a não à municipalização da saúde indígena e fortalecer o subsistema de saúde indígena.

Transferir essa atribuição para os municípios pode provocar a precarização do atendimento, considerando que a maior parte dos territórios indígenas está localizada em municípios pequenos, com baixa arrecadação e difícil fixação de profissionais. Ademais, ao passo que aproxima o poder de decisão do poder local, aproxima-o também dos conflitos de interesses históricos entre os povos indígenas e elites locais, com chances de ampliar drasticamente os episódios de racismo institucional. Além disso, o arranjo territorial das terras indígenas não obedece necessariamente os limites geográficos de estados e municípios, demandando maiores articulações Inter federativas para a gestão compartilhadas dos serviços de o que, para quem acompanha as reuniões de pactuação das comissões Inter gestores regionais e bipartite, representa mais um grande (e talvez insuportável) volume de tensões, que pode prejudicar o funcionamento adequado dos serviços (MOTA, 2019, s/p.).

Por fim, a proposta dos estados de Pernambuco, Amazonas, São Paulo e Minas Gerais é de fortalecer o Programa Estratégia de Saúde da Família, com objetivo de oferecer cobertura de 100% do território nacional, reorganizando as equipes de saúde da família e saúde bucal, bem como uma equipe NASF para o máximo 4 equipes de saúde da família, a fim de garantir a equidade para as populações em situação de vulnerabilidade, incluindo as populações indígenas. Nesse sentido, o objetivo é de priorizar a perspectiva da vigilância da saúde na rede de serviços da atenção básica à saúde indígena.

A única proposta apresentada no Eixo III sobre o Financiamento Adequado e Suficiente para o SUS foi apresentada pelo Acre. A demanda é a de destinar os recursos para a saúde, respeitando as especificidades regionais, aumentando o recurso financeiro das estratégias de saúde da família e da saúde indígena na região da Amazônia Legal – que abrange nove estados e mais de uma região –, e atualizar os repasses federais referentes as equipes de saúde da família e saúde bucal (BRASIL, 2019).

Essa proposta se ancora nos princípios da hierarquização e regionalização do SUS, que visam resguardar justamente o direito à saúde da população, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais por meio da identificação e reconhecimento das demandas regionais, uma vez que garante um fluxo de inclusão, ampliação de serviços e manutenção da rede assistencial em saúde para indígenas e não indígenas, mas em conformidade com a proposta da política.

Podemos observar que a maior parte das propostas apresentadas são dos estados da região Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Isso significa que é neles que ocorre maior mobilização e participação dos povos indígenas ou entidades de representação nesses espaços e também são as regiões que mais registram casos de desassistência na área da saúde – conforme os dados do Conselho Indigenista Missionário, no relatório de 2018.

De acordo com os registros acessados pelo Cimi, em 2018, ocorreram 44 casos (registrados) de desassistência na área da saúde, um total de 17.966 pessoas atingidas. Esses fatos ocorreram nos

estados do Acre (5), Alagoas (3), Amapá (2), Amazonas (2), Bahia (1), Maranhão (6), Mato Grosso (5), Mato Grosso do Sul (2), Pará (6), Paraíba (1), Paraná (3), Rondônia (3) e Tocantins (5).

A desistência em saúde envolve negligência no atendimento e omissão no socorro, no transporte de pacientes e na distribuição de remédios. Além disso, foram feitas denúncias por descaso de infraestrutura sanitária, água contaminada, falta de acesso à água e desvios de remédios para comércio ilegal dentro de aldeias. Um dos estados mais afetados na área da saúde foi o Amazonas, devido ao fim da cooperação entre a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e Cuba, por meio do Programa Mais Médicos. O impacto foi tão grande que a saúde indígena perdeu 81% dos profissionais médicos que atendiam nas aldeias (CIMI, 2018).

Em números, de acordo com o Cimi (2018), isso significou uma redução de 301 dos 372 médicos que atendiam a população indígena no Brasil. O mais grave é que não houve reposição desses profissionais nas comunidades. É importante destacar que o Programa Mais Médicos teve resultados importantes nas comunidades indígenas como, por exemplo, a redução dos casos de hepatite.

As situações mais graves também foram registradas em maior quantidade nas mesmas regiões, envolvendo morte por desassistência. Foram registrados 11 casos de mortes nos estados do Acre (3), Amazonas (3), Maranhão (1), Mato Grosso (1), Rondônia (2) e Roraima (1). Apesar dos avanços que tivemos na área da saúde para a população indígena, a mortalidade na infância, juventude e na faixa etária entre 25 a 40 anos permanece. Essas mortes têm como causa doenças infecciosas e parasitárias nas comunidades, problemas no aparelho circulatório e câncer.

No entanto, as principais causas de mortes ainda são de doenças respiratórias, como gripes, que evoluem para pneumonia e tuberculose. Os maiores problemas ainda são nas ações preventivas dentro das comunidades. A ausência de saneamento básico e de água potável, a falta de demarcação e proteção dos territórios tradicionais, as invasões, a degradação das áreas demarcadas e a contaminação das águas são, em grande medida, os principais fatores de vulnerabilidade dos indígenas no Brasil (CIMI, 2018).

É possível identificar que a saúde indígena tem apresentado ganhos em alguns aspectos, mas ainda muito distantes dos objetivos propostos pela Política Nacional de Atenção à Saúde da População Indígena. Alguns importantes indicadores – como a mortalidade geral, materna, o número de internações e óbitos por doenças respiratórias e doenças infecciosas e parasitárias na infância e doenças transmissíveis – demonstram condições de desigualdade no atendimento dessa população em comparação com a população geral e colocam a saúde indígena em maior grau de atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No trabalho com as famílias indígenas, é necessário que os profissionais da saúde tenham a capacidade de compreender a realidade por meio das condições aparentes e que as demandas indígenas que se expressam nos serviços de saúde envolvem dimensões históricas, culturais, sociais e territoriais que devem ser consideradas nas ações e atendimentos. Além disso, os povos indígenas são sujeitos que carregam em sua história conhecimentos e valores que devem ser respeitados e considerados nas discussões e formulações de políticas públicas. Ainda, diante dos dados apresentados, é urgente que o Estado, como órgão responsável pelo atendimento à saúde dos povos indígenas, priorize ações de prevenção, cuidado e assistência, no sentido de diminuir situação mais graves na saúde desses povos.

Outro ponto central nessa discussão se volta à queda do orçamento destinado à área da saúde indígena. A área de saneamento básico em aldeias indígenas, com o objetivo de prevenir e controlar agravos, teve orçamento reduzido em 44,14%, em 2018 – orçamento previsto: R\$ 51.527,000,00, orçamento pago: R\$ 28.783.373,00. Essa diminuição do orçamento também ocorreu no ano de 2020, com orçamento de R\$ 46.700.000,00, menor que em 2018, com empenho de R\$ 23.566.398,00 do orçamento na área de saneamento básico e prevenção dentro das comunidades indígenas (BRASIL, 2020).

É diante de retrocessos como esses que a participação dos indígenas nos espaços de debate, avaliação e reivindicação por melhores condições de vida, defesa dos serviços públicos de qualidade e da cidadania, bem como a formação de trabalhadores de saúde para atuação junto aos povos indígenas são extremamente importantes, garantindo maior acessibilidade e respeito às particularidades dos povos indígenas.

Conforme visto neste trabalho, temos na nossa sociedade dois projetos em disputa no campo da saúde, o projeto privatista; e o projeto da reforma sanitária, que aponta horizontes para: a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; as estratégias para a aproximação das unidades de saúde com a realidade da população e dos territórios; o trabalho interdisciplinar e valorização dos conhecimentos tradicionais; uma maior ênfase nas abordagens com grupos; o acesso democrático às informações; e estímulo à participação popular nos mais diversos espaços. De acordo com Yamamoto (2000), os dois projetos políticos continuam de disputa. Nesse processo o governo tem muita importância, pois ora favorece um, ora favorece outro projeto, seja na privatização, desfinanciamento, seja na focalização. No entanto, a maior ênfase tem sido no projeto privatista.

Enquanto assistentes sociais, é fundamental o fortalecimento do nosso projeto ético-político profissional no cotidiano do trabalho, no sentido de fazer a contraposição ao fortalecimento dos valores liberais. É necessário que tenhamos no nosso trabalho com os usuários a sensibilidade de desvelar as condições de vida dos sujeitos que são atendidos nos serviços de saúde, tendo por base a perspectiva teórico-crítica, de acordo com o que preconiza nosso código de ética profissional.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Documento orientador de apoio aos debates**. Brasília, 2019. Disponível em < http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/Documento_Orientador_Aprovado.pdf > acesso em 10 dez 2019.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Nacional Consolidado 16ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Painel do Orçamento Federal. 2018-2020. Disponível em < https://www1.siof.planejamento.gov.br/QuvAJAZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqk04&anonymous=true > acesso em 18 jan 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: elementos para o debate. In: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza. MATOS, Maurílio Castro. **Política de saúde no Brasil**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. 2006.

CIMI, Conselho Indigenista Missionário. **Relatório de violência contra os povos indígenas no Brasil**. Coord. Lúcia Helena Rangel. 2018. Disponível em < <https://cimi.org.br/wp-content/>

uploads/2019/09/relatorio-violencia-contr-os-povos-indigenas-brasil-2018.pdf> acesso em 11 dez 2019.

FERREIRA, Luciane Ouriques. **A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan.-mar. 2013, p.203-219. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v20n1/11.pdf>> acesso em 25 jan 2021.

MOTA, Sara Emanuela de Carvalho. **Sobre a proposta de municipalização da atenção à saúde indígena.** Observatório de análise política em saúde. 2019. Disponível em<<https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/21/>> acesso em 11 dez 2019.

SANTOS, Marta Alves. **Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos.** In Revista Katálysis. v. 16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2013.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico.** São Paulo: Cortez, 2007.