



BREVE ANÁLISE DOS PRINCIPAIS DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DESTINADAS ÀS POPULAÇÕES INDÍGENAS BRASILEIRAS EM FACE DA PANDEMIA DO COVID-19

BRIEF ANALYSIS OF THE MAIN DIFFICULTIES FACED BY PUBLIC HEALTH POLICIES DESTINED TO BRAZILIAN INDIGENOUS COMMUNITIES IN FACE OF THE COVID-19 PANDEMIC

Luisa Astarita Sangoi¹

RESUMO

O presente artigo buscou estudar as dificuldades enfrentadas para a garantia do direito à saúde das populações indígenas brasileiras, mormente tendo em vista os altos índices de morbidade por covid-19 nessas populações. Pelo método hipotético-dedutivo, mediante análise doutrinária e estudo de caso, o artigo realizou um exame dos impactos na saúde indígena em virtude da pandemia do COVID-19. Para tanto, inicialmente foram analisadas as estruturas organizatórias do subsistema de apoio à saúde indígena, no intuito de compreender as dificuldades que impedem o devido funcionamento das políticas públicas de saúde destinadas a essas populações. Após, foram examinados os fundamentos da ADPF 709 e da decisão liminar e de mérito nela proferida, a fim de compreender as dificuldades enfrentadas pelas populações indígenas na pandemia, e expor conclusões finais sobre a problemática estudada. O estudo realizado indicou que há dificuldades organizatórias do subsistema de apoio à saúde indígena, decorrentes da divergência entre suas estruturas centralizadas na União em contraposição às estruturas descentralizadas do SUS. Também concluiu pela ausência de participação adequada das populações indígenas na formulação e execução dessas políticas públicas.

Palavras-chave: ADPF 709; COVID-19; Políticas Públicas; Saúde Indígena.

ABSTRACT

This article sought to study the difficulties faced to guarantee the right to health of Brazilian indigenous populations, especially in view of the high rates of morbidity by covid-19 in these populations. By the hypothetical-deductive method, through doctrinal analysis and case study, the article carried out an examination of the

¹ Mestranda na linha de Direitos Humanos e Políticas Públicas do Mestrado em Direito da Pontifícia Universidade Católica de Campinas/SP. E-mail: luisa.sangoi@gmail.com



impacts on indigenous health due to the COVID-19 pandemic. To this end, the organizational structures of the indigenous health support subsystem were initially analyzed, in order to understand the difficulties that prevent the proper functioning of public health policies aimed at these populations. Afterwards, the article examined the judgment of ADPF 709, in order to understand the difficulties faced by indigenous populations in the pandemic, and to present conclusions on the problem studied. The study carried out indicated that there are organizational difficulties in the indigenous health support subsystem, that result from the divergence between its centralized structures in the Union as opposed to the decentralized structures of the SUS. It also concluded that the indigenous populations lack adequate participation in the formulation and execution of these public policies.

Keywords: ADPF 709; COVID-19; Indigenous Health; Public Policies.

1. INTRODUÇÃO

O conceito de saúde indígena é multifacetado. A análise da saúde das populações indígenas brasileiras perpassa por inúmeros outros problemas que impactam as populações indígenas. Porém, por motivos metodológicos, nem todos serão analisados com profundidade no presente artigo.

Inicialmente, importante ressaltar que a existência de inúmeras populações indígenas residentes no Brasil faz com que os problemas relativos à saúde indígena sejam extremamente variáveis de local para local, considerando os modos de vida e o grau de isolamento de cada comunidade indígena. Populações indígenas mais isoladas ainda apresentam grande fragilidade imunológica para doenças relativamente comuns. Nestas, o simples contato com equipes de saúde pode vir a representar grande risco à saúde das populações (ALMEIDA; NÖTZOLD, 2010).

Por outro lado, populações indígenas menos isoladas apresentam outros problemas que impactam a saúde, principalmente decorrentes de má-alimentação, alcoolismo (MACIEL; OLIVEIRA, 2012), bem como de constantes invasões de seus territórios por garimpos clandestinos (RAMOS; RODRIGUES, 2018) e por corporações nacionais e internacionais que buscam explorar as riquezas naturais dessas áreas, acarretando impactos ambientais às fontes de água utilizadas, bem como à fauna e à flora da região.



Verifica-se, portanto, que o assunto “saúde indígena” não se restringe apenas à análise das políticas públicas especificamente destinadas à saúde dessas populações, passando por análises que envolvem políticas públicas de outras espécies e diferem conforme o nível de isolamento de cada comunidade.

Tendo ponderado a complexidade que envolve a análise da saúde das populações indígenas brasileiras, resalto que este artigo, por recorte metodológico, limitar-se-á a uma breve análise das Políticas Públicas especificamente destinadas à saúde das populações indígenas, sem entrar em outros aspectos importantes, como a demarcação das terras indígenas, as constantes invasões dessas áreas, bem como o alcoolismo e a alimentações dessas populações. Esse recorte se justifica pela impossibilidade de analisar todos os pontos necessários, com a devida profundidade, em um único artigo.

O estudo tem por objeto examinar as principais dificuldades enfrentadas na garantia ao direito à saúde das comunidades indígenas brasileiras, mormente após a pandemia do COVID-19, em virtude da qual a cifra de óbitos para os povos indígenas foi praticamente o dobro daquela da população em geral.

Em termos metodológicos, foi utilizado o método hipotético-dedutivo, mediante estudo de artigos e da doutrina nacional acerca da temática saúde indígena, bem como estudo de caso, especificamente da ementa e dos fundamentos do acórdão final prolatado na ADPF 709, que foi ajuizada em decorrência de atos omissivos e comissivos por parte do Estado no combate ao COVID-19 entre as populações indígenas brasileiras.

A partir dessa forma de estudo, buscou-se comprovar a hipótese de que os problemas existentes na garantia da saúde indígena seriam decorrentes da falta de participação das populações indígenas na formulação dessas políticas, que acarretaria falta de informações atualizadas, bem como de diferenças entre o funcionamento do Subsistema e o do SUS que dificultem a eficiente prestação dessas políticas, cenário este agravado pela Pandemia do COVID-19.

O estudo iniciou com uma análise do funcionamento do Subsistema de Apoio à Saúde Indígena brasileiro e as dificuldades apontadas pela doutrina, em



especial por Luiza Garnello, na operação do SESAI e dos DSEIs, em sua interação do Sistema Único de Saúde.

Após, foram examinados os fundamentos da ADPF 709 do STF, que tratou da saúde dos indígenas brasileiros em face da Pandemia do COVID-19, no intuito de compreender o panorama atual da saúde indígena no Brasil e as principais dificuldades encontradas no enfrentamento de uma ameaça de graves proporções à saúde indígena.

O assunto é de extrema importância, pois, sem o devido funcionamento do Subsistema, em diálogo eficiente com o Sistema Universal, fica impossível a garantia de políticas públicas especificamente destinadas ao tratamento de doenças nessas comunidades, entre as quais o COVID-19 se mostra como o mais recente exemplo da importância de uma organização eficiente do sistema.

Espera-se, por meio do estudo realizado, promover uma análise sistematizada do atual quadro das Políticas Públicas de Saúde destinadas às populações indígenas, entendendo de onde estas partiram e a estrutura atual organizatória, bem como realizar uma análise crítica das dificuldades enfrentadas pelo Subsistema de Apoio à Saúde Indígena, ponderadas as dificuldades decorrentes da Pandemia do COVID-19.

2. ANÁLISE DO SUBSISTEMA DE APOIO À SAÚDE INDÍGENA

2.1. fundamentos legais e principais órgãos do subsistema de apoio à saúde indígena

A Lei 9.836/1999, denominada Lei Arouca, alterou a Lei 8.080/1990 (SUS) para criar o denominado Subsistema de Apoio à Saúde Indígena, que nada mais é do que subdivisão do Sistema Único de Saúde destinado a dar atenção especial à saúde dos povos indígenas brasileiros.

A criação do Subsistema decorreu do reconhecimento de que as singularidades dos povos indígenas precisavam ser respeitadas, bem como de que o SUS não dispunha de preparo adequado para tanto. Foi criado um subsistema do



SUS, o qual garantia uma vinculação hierárquica entre as instâncias, em 1999, pela Lei 9.836, lei esta que ficou conhecida como Lei Arouca, em homenagem ao deputado Sérgio Arouca, que propôs a lei no Congresso Nacional (GARNELO, 2012, p. 24).

A partir da Lei Arouca, as políticas públicas em matéria de saúde indígena passaram da esfera de atribuições da FUNAI para a FUNASA, órgão do Ministério da Saúde. A coordenação nacional do sistema passou a ser feita pelo Departamento Nacional de Saúde Indígena (DESAI), órgão da FUNASA.

Tendo em vista o déficit estrutural do Ministério da Saúde, nas aldeias em que a FUNASA não tinha rede própria, a gestão da saúde indígena foi subcontratada a ONGs e municípios. Por outro lado, a operacionalização das ações de saúde indígena pela FUNASA não retirou do Ministério da Saúde a atribuição de coordenar essa política pública, que ficou na esfera de responsabilidade da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, em especial no que toca ao contato com os gestores municipais (GARNELO, 2012, p. 25).

Em 2010, o Decreto 7.336/MS repassou a gestão do sistema da FUNASA para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Todavia, a criação da SESAI não retirou as atribuições que a FUNASA já desenvolvia junto aos sistemas municipais de saúde no âmbito da saúde indígena (GARNELO, 2012, p. 25).

Na ponta da cadeia do Subsistema, encontram-se os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs, que são as unidades gestoras descentralizadas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). “Trata-se de um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado – que contempla um conjunto de atividades técnicas que se fundamentam em medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde”. (BRASIL, 2021)

Cabe a eles, portanto, a programação das ações de saúde dessas populações em âmbito local, “com a responsabilidade de prestar atendimento a todos os povos aldeados em terras indígenas”, sendo caracterizados “como uma rede interconectada de serviços de saúde, capaz de oferecer cuidados de atenção



primária à saúde, adequados às necessidades sanitárias da maioria da população”. (GARNELO, 2012, p. 27).

O Posto de Saúde é a unidade mais simples do Distrito Sanitário, na qual atua o Agente Indígena de Saúde. O nível seguinte de complexidade é representado pelo Polo-Base, o qual conta com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que se responsabilizam pelo atendimento das aldeias geograficamente próximas a ele” - área de abrangência da unidade de saúde. Essa equipe tem por obrigação prover atenção básica à saúde da comunidade sob sua responsabilidade, “atuando de modo articulado ao trabalho do agente de saúde e efetuando visitas periódicas de atendimento aos comunitários”. (GARNELO, 2012, p. 29-30).

Há também Casas de Saúde Indígena, implantadas em sedes municipais para os doentes encaminhados das aldeias e polos-base, a fim de receber algum tipo de tratamento de saúde na cidade, cuja atribuição principal é apoiar o paciente indígena em trânsito, para exames ou tratamento, servindo de suporte quando se deslocam para o espaço urbano”. (GARNELO, 2012, p. 30).

Por fim, a Unidade de Referência designa um ambulatório ou hospital especializado para onde o paciente indígena é encaminhado no intuito de receber tratamento médico complexo não ofertado no DSEI. As unidades especializadas de referência são parte dos sistemas municipais e estaduais de saúde que devem atuar em conjunto com o subsistema de saúde indígena.” (GARNELO, 2012, p. 30).

2.2. as estruturas centralizada do subsistema e descentralizada do sistema único de saúde

Feita essa breve análise da estrutura do Subsistema, passasse-se a abordar as principais dificuldades enfrentadas pelo Subsistema, apontadas por Luiza Garnelo em algumas de suas publicações e avalizada por outros autores que estudaram o assunto, decorrentes em grande medida da interrelação entre o Subsistema de Apoio à Saúde Indígena e o Sistema Único de Saúde.

Uma das dificuldades para a implementação do Subsistema foi a discrepância entre o modo de funcionamento do SUS (descentralizado) e a lógica do



Subsistema (centralizada). O SUS foi organizado com metas que visavam à universalização da saúde para todos os residentes no país, incluindo populações de baixa renda e que viviam em regiões de difícil acesso (ESCOREL; MOREIRA, 2008, p. 979-1010), que prioriza a Atenção Primária à Saúde (APS).” (SOARES, 2008, p. 923-944). A Atenção Primária de Saúde objetiva ofertar um atendimento resolutivo às necessidades de saúde mediante a adoção de técnicas simples e eficientes, bem como “interiorizar a cobertura das ações de saúde para áreas mais remotas do território nacional”. (GARNELO, 2012, p. 23)

Por intermédio dessa política, o SUS foi marcado pela descentralização da política e das ações de saúde, com a delegação aos sistemas municipais de saúde do planejamento e da execução de atividades destinadas à melhoria dos problemas de saúde da população. (GARNELO, 2012, p. 23)

Deveras, há uma diretriz para a descentralização no SUS que visa a assegurar o funcionamento mais efetivo do Sistema. A União ficou com a atribuição de coordenação e, progressivamente, os municípios passaram a gerir os recursos destinados à saúde, os quais são transferidos por transferência fundo a fundo aos Fundos Municipais de Saúde. Cabe, portanto, ao governo federal a regulação, o acompanhamento e a avaliação das atividades de saúde, e às secretarias municipais de saúde cabe a execução dos serviços necessários para atender às populações locais. (NORONHA; MACHADO, 2008, p. 435-472)

Assim, o SUS possui quadro de pessoal próprio, concursado, e um funcionamento gerido com base em estruturas descentralizadas, nas quais os municípios exercem papel executório principal para a atenção primária e secundária da saúde da população. Por outro lado, o Subsistema de Apoio à Saúde Indígena, instituído pela Lei Arouca, obedece à lógica inversa à do Sistema Único de Saúde: possui uma estrutura centralizada, na qual a União, inicialmente por intermédio da FUNASA e posteriormente por meio da SESAI, tem papel predominante.

A federalização é uma das “conquistas históricas do movimento de apoio à causa indígena” e existe relativo consenso nesse movimento indígena tradicional de que a política indigenista deve ser executada pelo governo federal em virtude de que “preconceito e a hostilidade contra os indígenas costumam se expressar de



forma mais aguda nos territórios municipais, onde tensões e disputas entre índios e não índios eclodem de forma aberta e cotidiana”. (GARNELO, 2012, p. 24)

Essa divergência entre a estrutura do SUS e a do Subsistema criado foi o início para inúmeros problemas na gestão da saúde indígena: a) excesso e constante alteração dos instrumentos normativos que tratam da saúde indígena; b) déficit estrutural das estruturas federais para operacionalizar a saúde indígena; c) necessidade de terceirização de serviços a organizações não governamentais e municípios em virtude desse déficit estrutural; d) alta rotatividade de pessoal que cuida da saúde indígena, não havendo um quadro de pessoal permanente em virtude da terceirização; e) impossibilidade de utilização de transferências fundo a fundo (como ocorre no SUS), e necessidade de transferências por meio de convênios, o que é um retrocesso em relação à forma de repasse que ocorre no sistema universal de saúde; e f) dificuldades em firmar pactos de gestão relativos à saúde indígena. (GARNELO, 2012, p. 24)

No que toca ao déficit estrutural inicial do Subsistema, por inúmeros anos a saúde indígena ficou na esfera de atribuições da FUNAI, de forma que, após a instituição do Subsistema, a esfera federal de gestão da saúde indígena não estava devidamente aparelhada nem possuía o necessário expertise para dar conta da demanda indígena. Diante disso, precisou recorrer à delegação a municípios e à terceirização para ONGs no intuito dar conta da política pública.

Essa terceirização, contudo, gerou problemas na gestão das políticas públicas destinadas aos indígenas, justamente pela inexistência de um quadro de pessoal permanente que pudesse adquirir experiência e dar conta das demandas relativas à saúde indígena no país, razão pela qual o atendimento à população aldeada termina por ser “descontínuo e de baixa qualidade técnica”. (GARNELO, 2012, p. 24)

Não obstante os valores investidos em saúde indígena, existem diversos problemas de gestão decorrentes da ausência de uma estrutura permanente de pessoal e qualificada vinculada aos serviços de saúde indígena. Por outro lado, existem inúmeros dispositivos legais e infralegais que objetivam tratar da gestão e regulamentação do Subsistema de Apoio à Saúde Indígena. Até 2014, em pesquisa



efetuada por GARNELO no site da FUNASA, foram encontrados um total de 38 normativos infralegais tratando de gestão, rotinas e práticas nos DSEIs e controle social, até 2011, gerando uma superregulamentação do Subsistema. (GARNELO, 2014, p. 122)

Por conseguinte, o déficit de interação entre o Subsistema e o SUS pode ser considerada uma das causas para a dificuldade em proporcionar uma saúde efetiva a essas populações. Inicialmente, a divergência gerou uma discrepância que freou o desenvolvimento do Subsistema, pois não havia nas estruturas existentes uma predominância da esfera federal na gestão de saúde, já que em vigor a descentralização. Assim, todas as estruturas do Subsistema tiveram de ser desenvolvidas do zero, ou seja, em meio a instituições que não tinham estrutura de pessoal, nem experiência na gestão e execução de políticas de saúde.

Por outro lado, deve-se atentar ao fato de que a atuação do Subsistema se restringe a ações de baixa complexidade, sendo muito importante a ponte do Subsistema com o SUS para casos mais graves. Assim, essa correlação entre os sistemas também pode ser dificultada em virtude da divergência no modo de gestão da saúde indígena (federal) com o modo de gestão do SUS (municipal).

A inexistência de entrelaçamento efetivo dos DSEIs com os sistemas municipais e estaduais de saúde tem dificultado o estabelecimento de pactos de gestão, os quais são essenciais para a definição de metas e atividades para melhorar o acesso e a efetividade da atenção prestada aos indígenas, particularmente quando se trata de atendimentos de alta e média complexidade. A articulação seria de extrema importância na região amazônica, em virtude da magnitude dos povos indígenas, que amplia a necessidade de “se definirem com clareza os fluxos de assistência, de informação e vigilância epidemiológica que nunca ficaram devidamente estipulados na relação entre o SUS e seu subsistema”. (GARNELO, 2014, p. 123-124)

A par das exigências do movimento indigenista, cumpre ressaltar que o subsistema de saúde indígena foi instituído em meio a reformas do governo Fernando Henrique Cardoso, as quais, por conta de demandas internacionais,



buscavam investir em estratégias de terceirização na saúde e em focalização (atender grupos específicos, e não a toda a população). (GARNELO, 2014, p. 130)

Nesse sentido, o caso indígena veio como forma de testar a estratégia de focalização. “A conjuntura específica da Reforma Bresser mostrou-se terreno favorável à escolha de rumos pelos quais o subsistema foi implantado: mediante a terceirização de suas ações para entidades de direito privado (ONGs), contratadas em regime de convênio para executar ações de interesse público”. (GARNELO, 2014, p. 130)

Contudo, essa alternativa já havia sido repudiada com vigor pelo movimento sanitário em anos anteriores, de forma que o SUS estava com estrutura descentralizada, com quadros próprios vinculados ao poder público e contava com mecanismos de transferência de recursos do governo central por meio dos fundos municipais de saúde.

Em regra, não eram mais celebrados convênios no âmbito do SUS, pois ocorriam repasses diretos de recursos federais para as municipalidades, em modalidade de transferência de recursos que viabilizava “o recebimento regular de verbas, mediante pactuação trienal de metas e atividades, dos recursos advindos do Ministério da Saúde sem necessidade de enfrentar a trabalhosa burocracia dos convênios. O repasse fundo a fundo permitiu manter a regularidade e a agilidade no custeio, o que gerava a continuidade das ações ao longo de todo o ano fiscal, com impacto positivo para a efetividade do sistema”. (GARNELO, 2014, p. 130)

Em contrapartida, na saúde indígena, o repasse fundo a fundo não pôde ser adotado, uma vez que as conveniadas eram entidades de direito privado, não estando aptas a se habilitarem à transferência fundo a fundo, que só pode ocorrer entre instituições públicas. Por isso, a partir de 2003, iniciou-se “um sistema misto de repasse de recursos para a execução de ações de assistência aos indígenas, que a rigor já havia sido instituído em 1999, por meio da portaria n. 1.163”. Foi mantido o “sistema de convênios firmados com entidades de direito privado e ampliou-se a transferência de recursos por intermédio do fundo municipal de saúde”, para os municípios com povos indígenas em suas áreas de cobertura. Além disso, também



eram firmados convênios com os sistemas municipais de saúde, no intuito de realizar contratação de pessoal para atuar no subsistema. (GARNELO, 2014, p. 131)

Por conseguinte, resta clara a enorme burocratização do sistema de transferência de recursos no Subsistema, com dupla forma de pactuação, “firmada tanto entre os entes federativos (governo federal e municípios) quanto com as ONGS, ampliando-se, conseqüentemente, a burocratização da gestão administrativa e financeira das ações do subsistema”. (GARNELO, 2014, p. 131)

A adoção da estratégia do convênio foi vista como “retrocesso administrativo nas relações entre os níveis de governo, sendo, em grande medida, responsável pela descontinuidade das atividades nos DSEIs ao longo dos anos subsequentes à sua implantação”. Por sua vez, “os recursos repassados diretamente pela SAS aos fundos municipais de saúde foram alvo de denúncias recorrentes das lideranças indígenas, que alegavam que tais verbas eram utilizadas para outros fins e que não alcançavam os usuários indígenas a quem se destinavam”. (GARNELO, 2014, p. 131)

Por conseguinte, conclui-se que inúmeros dos problemas relativos ao Subsistema de Saúde Indígena ocorrem porque ele não conseguiu ser operado de forma eficiente em conjunto com o SUS, haja vista a divergência existente entre a estrutura descentralizada do SUS e a estrutura centralizada do Subsistema.

3. ANÁLISE DOS IMPACTOS DA PANDEMIA DO COVID-19 NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE INDÍGENA A PARTIR DA ADPF 709

O COVID-19 trouxe à lume as fragilidades do Sistema de Saúde como um todo. O estado calamidade pública provocado pela pandemia gerou inúmeras reflexões sobre as políticas públicas relativas à saúde da população, tendo em vista a falta de vagas nas UTIs dos hospitais nacionais e a necessidade de implementação expedita de um programa de vacinação nacional para a população como um todo.

No que toca às populações indígenas, a pandemia do COVID-19 escancarou as iniquidades das políticas públicas de saúde a elas destinadas. A



“taxa de mortalidade por COVID-19 entre indígenas chegou a 9,6%, contra 5,6% da população brasileira em geral” (STF, ADPF 709, 2020, p. 3), o que levou ao ajuizamento da ADPF 709 pela Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, pelo Partido Socialista Brasileiro – PSB, pelo Partido Socialismo e Liberdade – PSOL, pelo Partido Comunista do Brasil – PC do B, pela Rede Sustentabilidade – Rede, pelo Partido dos Trabalhadores – PT e pelo Partido Democrático Trabalhista – PDT.

A ADPF teve por objeto atos comissivos e omissivos no combate à Pandemia do COVID-19 no que toca às populações indígenas residentes no Brasil. Alegou-se que o contágio e disseminação do COVID-19 estaria ocorrendo de forma mais intensa nas populações indígenas, cujas especificidades as tornariam mais vulneráveis ao vírus do que a população em geral. Mencionou-se três aspectos que marcariam essa maior vulnerabilidade: vulnerabilidade imunológica, vulnerabilidade sociocultural e vulnerabilidade política.

Essas vulnerabilidades demonstraram bem as dificuldades que permeiam as políticas públicas em matéria de saúde indígena, de forma que cumpre explicitá-las nesse tópico, bem como expor brevemente a decisão liminar monocrática proferida pelo Ministro Luís Roberto Barroso, posteriormente confirmada pelo Tribunal Pleno.

Quanto à vulnerabilidade imunológica, os autores da ADPF consignaram que as populações indígenas brasileiras são historicamente mais suscetíveis a doenças infectocontagiosas, por sua menor exposição a tais patologias, em especial as comunidades mais isoladas.

No que toca à vulnerabilidade sociocultural, mencionaram que o modo de vida tradicional dessas populações é marcado por intenso contato comunitário e compartilhamento de habitações e utensílios. Além disso, muitas dessas populações vivem em regiões remotas e de difícil acesso, o que dificultaria o acesso aos serviços de saúde.

Por fim, quanto à vulnerabilidade política dos povos indígenas, restou consignado que as populações indígenas são grupos minoritários, que possuem baixa representatividade nos meios reconhecidos pelo Estado brasileiro, razão pela qual teriam “dificuldade em ter os seus interesses contemplados nas instâncias



majoritárias e teriam baixíssimo acesso a todo tipo de serviços públicos essenciais, tais como: educação, saneamento básico e saúde”. Essa vulnerabilidade teria sido agravada no atual governo, “dada a evidente resistência manifestada pelo Chefe do Executivo à proteção aos direitos dos indígenas e ao meio ambiente de que dependem” (STF, ADPF 709, 2020, p. 3).

Os atos omissivos e comissivos apontados na ação foram: a não contenção de invasões ilícitas nas tribos, as quais as submeteriam a contatos com não indígenas; o ingresso nas áreas indígenas das equipes de saúde sem cumprimento de quarentena e medidas de prevenção de contágio; a decisão da FUNAI e SESAI de só prestar atendimento especializado em matéria de saúde de povos residentes em terras indígenas homologadas; e a não elaboração de plano pormenorizado e concreto com estratégia para proteger as comunidades indígenas do COVID-19, com a participação dessas comunidades. (STF, ADPF 709, 2020, p. 3-4),

Com base nesses fundamentos foram formulados seis pedidos: a) a instalação de barreiras sanitárias para proteção das terras indígenas em que estão localizados povos indígenas isolados e de recente contato; b) a instalação de salas de situação para subsidiar a tomada de decisões pelos gestores e equipes locais de saúde em face da pandemia, nos termos já previsto no art. 12 da Portaria Conjunta n. 4.094/2018, do Ministério da Saúde e da Funai; c) a “retirada dos invasores nas Terras Indígenas Yanomami, Karipuna, Uru-EuWau-Wau, Kayapó, Araribóia, Munduruku e Trincheira Bacajá, valendo-se para tanto de todos os meios necessários, inclusive, se for o caso, do auxílio das Forças Armadas”; d) a extensão dos serviços especializados de saúde indígena a todos os indígenas do Brasil; e) a elaboração de plano de enfrentamento da COVID-19 para os povos indígenas brasileiros com a participação de representantes dos povos indígenas; f) o monitoramento o cumprimento do plano de enfrentamento pelo Conselho Nacional de Direitos Humanos, “com auxílio técnico da equipe competente da Fundação Oswaldo Cruz”. (STF, ADPF 709, 2020, p. 5).

A decisão do Ministro Barroso no caso efetuou a divisão entre as populações indígenas em isolamento e de contato recente e os povos indígenas em



geral. Quanto aos primeiros, determinou a criação de barreiras sanitárias, conforme plano a ser apresentado pela União e a instalação da Sala de Situação, como previsto em norma vigente, para gestão de ações de combate à pandemia quanto aos povos indígenas em isolamento e de contato recente, com participação de representantes das comunidades indígenas, da Procuradoria-Geral da República e da Defensoria Pública da União, observados os prazos e especificações detalhados na decisão. (STF, ADPF 709, 2020, p. 3).

No que toca aos povos indígenas em geral, a decisão entendeu que, no que concerne à retirada de invasores das terras indígenas, embora fosse medida imprescindível, a remoção de dezenas de milhares de pessoas poderia gerar conflitos e exigiria o ingresso de forças policiais e militares, de forma a agravar o perigo de contaminação. Assim, limitou-se a determinar a inclusão no Plano de Enfrentamento e Monitoramento da COVID-19 para os Povos Indígenas, de medida emergencial de contenção e isolamento dos invasores em relação às comunidades indígenas ou providência alternativa apta a evitar o contato (STF, ADPF 709, 2020, p. 3).

Por outro lado, determinou que os serviços do Subsistema Indígena de Saúde fossem acessíveis a todos os indígenas aldeados, independentemente de suas terras estarem ou não homologadas. Porém, quanto aos indígenas não aldeados, a utilização do Subsistema de Saúde Indígena se daria somente na falta de disponibilidade do SUS geral. Nesse ponto, o Ministro ponderou que determinar que todos os indígenas tivessem acesso ao Subsistema de forma irrestrita poderia gerar sobrecarga ao Subsistema. (STF, ADPF 709, 2020, p. 3-4).

Por fim, foi determinada a elaboração e o monitoramento de “um Plano de Enfrentamento da COVID-19 para os Povos Indígenas Brasileiros, de comum acordo, pela União e pelo Conselho Nacional de Direitos Humanos, com a participação das comunidades indígenas, observados os prazos e condições especificados na decisão”. (STF, ADPF 709, 2020, p. 3-4).

A decisão liminar proferida e o trâmite processual demonstrou a preocupação do Ministro relator em promover um diálogo intercultural e interinstitucional entre o Poder Judiciário, o Poder Executivo e os povos indígenas



atingidos, em conformidade com a Convenção 169 da OIT. Inclusive, mencionou-se na fundamentação a realização de visita do Ministro à comunidade indígena Yanomami, na região de fronteira do Norte do País. (STF, ADPF 709, 2020, p, 3-4).

A decisão trouxe à tona inúmeros problemas que dificultam a garantia da saúde às populações indígenas brasileiras.

Em primeiro lugar, deve-se ressaltar que a participação de associações indígenas no polo ativo e na condição de *amicus curiae*, bem como as tentativas de diálogo do Ministro com as populações indígenas e o Executivo, revelaram-se extremamente importantes para conseguir dimensionar os problemas existentes.

Quanto a este aspecto revela-se a importância do diálogo e da participação das populações indígenas na formulação dessas políticas, a fim de que se possa entender exatamente quais os problemas existentes que dificultam a garantia do direito à saúde dessas populações.

Além disso, deve-se mencionar que a decisão proferida trouxe em sua fundamentação destaque para a diversidade de modos de vida das inúmeras populações indígenas existentes no Brasil, que impossibilitou tratar de forma uniforme dos problemas existentes. O fato de existirem populações isoladas e populações indígenas com contatos diários com não indígenas acarretou que as medidas cautelares determinadas precisassem ser diversas.

Esse aspecto também é importante, pois demonstra um dos pontos de dificuldade para o tratamento dessas políticas públicas e, mais uma vez, traz à tona a importância da participação das diversas populações para fins de se obter as informações necessárias para melhoria do sistema.

Na decisão do Ministro Barroso, entendeu-se que, no que toca às populações indígenas isoladas, além das políticas públicas de saúde, é de extrema importância a proteção contra o contato externo. No caso dessas pessoas, a própria existência da política pública de saúde, com ingresso de agentes de saúde, poderia representar um grave risco de morte e até mesmo de dizimação da etnia inteira, mormente em face da Pandemia do COVID-19.

A par da criação de barreiras de isolamento, a decisão do Ministro Barroso determinou a criação das salas de situação em que lideranças indígenas



devem ter assento para tomar decisões acerca dos rumos da saúde indígena no que toca ao COVID-19, o que mais uma vez revela a importância de que as Políticas Públicas de saúde indígena sejam formuladas em diálogo com cada comunidade indígena.

Por outro lado, quanto às populações indígenas em geral, a decisão trouxe dois problemas que não são novos, relativos à ausência de atendimento aos indígenas não residentes em terras indígenas homologadas pela SESAI e FUNAI, bem como da existência de invasores nas terras, os quais forçam contatos indesejados, perturbando a saúde física e mental das populações indígenas.

Nesse aspecto, resta evidente, que a simples formulação de políticas públicas em matéria de saúde não é suficiente para garantir a saúde das populações, já que essa garantia passa pela necessidade de demarcação das terras e expulsão de invasores dessas áreas. Quanto a esse ponto, não será possível aprofundar, no presente artigo, as imensas dificuldades enfrentadas para a demarcação de terras indígenas no Brasil (atualmente paralisadas pelo Governo Federal) e a paralização nas fiscalizações que antes eram realizadas para retirada dos invasores, ambos pontos de extrema importância, abordados brevemente no voto do Ministro Barroso. Todavia, pontua-se que, sem a correção de rumos nessas políticas, não será possível garantir a saúde física e mental das populações indígenas brasileiras.

Quando às populações indígenas em geral, a decisão revelou que há negativa oficial de prestar atendimento a indígenas não residentes em Terras Indígenas Homologadas, pela SESAI e pela FUNAI. Esse ponto mais uma vez revela a desorganização e os problemas na sistemática de interação entre o Subsistema e o SUS, em diálogo que muitas vezes leva à completa ausência de atendimento a indígenas brasileiros, conforme abordado anteriormente no presente artigo.

Portanto, o julgamento da ADPF 709 revelou com clareza os problemas que já impactavam a saúde das populações indígenas brasileiras, e terminaram por gerar uma cifra de óbitos pelo COVID-19 nessas populações praticamente o dobro daquela das outras parcelas da população nacional. Assim, merecem ser



examinados com atenção os pontos de vulnerabilidade mencionados na ADPF ajuizada e constantes da fundamentação, no intuito de buscar soluções para os problemas existentes.

Pontua-se, por fim, que, a par de medidas para organizar a prestação dos serviços de saúde e criar barreiras de isolamento para populações indígenas isoladas, o trâmite da ação e a decisão foram importantes para revelar que soluções são impossíveis sem a intensa participação das populações indígenas nacionais na formulação e implementação das políticas públicas a elas direcionadas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Subsistema de Apoio à Saúde Indígena foi criado como desmembramento do Sistema Único de Saúde e destinado a dar atenção específica à saúde indígena. Essa necessidade de desmembramento e criação de um subsistema próprio decorreu das características culturais dessas comunidades, que vivem em locais afastados dos centros urbanos e possuem uma vulnerabilidade própria a determinadas doenças em virtude desse afastamento.

Porém, analisadas especificamente essas políticas, é possível perceber que, recursos públicos destinados à saúde indígena no cenário pós-Constituição de 1988, ainda há inúmeros problemas de funcionamento, os quais decorrem principalmente de falta de participação das populações na formulação dessas políticas e de dificuldades organizatórias no Subsistema de Apoio à Saúde Indígena e na interação deste com o Sistema Único de Saúde.

A criação do Subsistema e a as suas estruturas federais, em contraposição às estruturas descentralizadas do SUS, fez com que a Esfera Federal recebesse atribuições sem contar com uma estrutura mínima necessária para operacionalizar de forma eficiente o Subsistema. Isso trouxe a necessidade de terceirização de serviços a organizações não governamentais e municípios, o que, por sua vez, levou à alta rotatividade de pessoal que cuida da saúde indígena, não havendo um quadro de pessoal permanente em virtude da terceirização.



A alta rotatividade de pessoal é especialmente problemática quando se trata de políticas públicas destinadas a populações culturalmente diferenciadas, que precisam travar diálogos constantes com os profissionais, para a construção de relações de confiança, assim como para que as informações atualizadas sobre as necessidades dessas populações possam ser convertidas em mudanças estruturais. Ela também impacta de forma negativa populações isoladas, cujo contato com pessoal externo pode trazer doenças e gerar mortes, mormente após a Pandemia do COVID-19.

Por outro lado, a divergência entre a sistemática do SUS e do Subsistema gerou também dificuldades orçamentárias, haja vista a impossibilidade de utilização de transferências fundo a fundo (como ocorre no SUS), e necessidade de transferências por meio de convênios, o que é um retrocesso em relação à forma de repasse que ocorre no sistema universal de saúde. Assim, restou dificultada também o processo de transferência de recursos.

Por fim, conforme se abordou, a divergência entre SUS e Subsistema gerou dificuldades em firmar pactos de gestão relativos à saúde indígena, pactos esses que são essenciais para que haja o correto atendimento, com os encaminhamentos a hospitais para atendimentos de média e alta complexidade. Ademais, em comunidades que se encontram alocadas no espaço de forma não necessariamente coincidente com os limites de Estados e municípios, os pactos de gestão serão essenciais para o devido atendimento à saúde.

Deveras, a partir da análise efetuada no presente artigo, é possível concluir que a criação de um Subsistema com características próprias para atendimento à saúde indígena, ironicamente, sofre dificuldades justamente por conta do seu caráter federal, em oposição ao caráter municipalizado do SUS, o que trouxe inúmeros óbices ao funcionamento daquele.

Com isso, não se está a afirmar que a federalização do sistema deveria ser eliminada, porém resta claro que não é eficiente a mera criação de um Subsistema com elementos próprios sem devidamente aparelhar as dinâmicas de interrelação desse sistema com o SUS, haja vista a dependência deste para as demandas de alta e média complexidade.



Por outro lado, conforme analisado no tópico 5, a Pandemia do COVID-19 trouxe à lume as fragilidades existentes na garantia da saúde das populações indígenas brasileiras, o que levou ao ajuizamento da ADPF 709, cujos fundamentos decisórios relevaram a diversidade dos problemas existentes, que muitas vezes ultrapassam a seara das políticas públicas em matéria de saúde, e são extremamente variáveis entre as populações indígenas brasileiras.

As distâncias geográficas e culturais entre essas populações fazem com que cada uma tenha necessidades específicas. Populações isoladas necessitam de extremo cuidado no atendimento, pois qualquer contato trará o risco de infecção, mormente com a Pandemia do COVID-19. Por outro lado, populações menos isoladas sobre com invasões constantes, o que demonstra que apenas políticas públicas voltadas à saúde não serão suficientes para a prevenção de agravos, sendo também necessário foco em políticas demarcatórias e de desintrusão nessas áreas.

Por fim, também no que toca às populações indígenas em geral, a negativa de atendimento pelo SESAI e FUNAI às populações não residentes em Terras Indígenas demarcadas é um exemplo sintomático da falta de interação entre SUS e o Subsistema, conforme abordado, e faz com que muitas vezes indígenas fiquem sem o devido atendimento.

Diante desses desafios, deve-se perquirir acerca de uma forma de melhor operacionalizar a transferência e a fiscalização dos recursos destinados à saúde das populações indígenas, diminuir a rotatividade de pessoal nas aldeias e ampliar o diálogo e participação das comunidades na consecução das políticas públicas de saúde a elas destinadas.

Os diálogos culturais necessários para dar devido atendimento à saúde dessa comunidade lamentavelmente ainda não ocorrem de forma eficiente, o que acarreta os demais problemas. Comunidades que não se sentem respeitadas não conseguem exercer sua participação de forma adequada. Gestores que não respeitam não ouvem de verdade, não coletam as informações necessárias e atualizadas. Assim, o Subsistema não se altera nem funciona de forma eficiente.



Tal como ocorre nas interações entre comunidades indígenas e não indígenas, as políticas públicas destinadas a essas comunidades continuam ineficientes em virtude das dificuldades de comunicação e de conversão de um diálogo respeitoso em normativas estáveis, e políticas públicas e saúde bem ordenadas e coesas com as demais ações estatais, em especial com as políticas do SUS. Sem esse processo de diálogo e interrelação entre essas políticas, dificilmente se obterá uma gestão eficiente dos recursos alocados à saúde indígena.

Apenas a maior participação dessas populações na formulação e execução das políticas públicas de saúde gerará programas e normativos estáveis e eficientes, que se comuniquem com o Sistema Único de Saúde e demais políticas públicas destinadas a toda a população. Conclui-se que a sistematização e organização das estruturas do sistema, com informações atualizadas e participação das comunidades permitirá melhorar o funcionamento do Subsistema e garantir de forma efetiva a saúde dessas populações.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. & NÖTZOLD, A. O Impacto da Colonização e Imigração no Brasil Meridional: contágios, doenças e ecologia humana dos povos indígenas. *Tempos Acadêmicos*, [S.l.], n. 6, dez. 2010.

BAETA, Alenice. Contaminação e Guerra de Extermínio contra os Povos Indígenas – pestes, armas biológicas e COVID-19. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2020/04/20/contaminacao-e-guerra-de-exterminio-contra-os-povos-indigenas-pestes-armas-biologicas-e-covid-19-artigo-de-alenice-baeta/>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BLACK, Francis L. Infecção, mortalidade e populações indígenas: homogeneidade biológica como possível razão para tantas mortes. In: SANTOS, Ricardo V.; COIMBRA JR., Carlos E. A. (Orgs.) *Saúde & povos indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 63 – 87.

BRASIL. Lei 5.371/1967. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L5371.htm. Acesso em: 27 jul. 2021.

BRASIL. Lei 9.836/1999. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9836.htm. Acesso em: 27 jul. 2021.



CUNHA, Manuela Carneiro da (org.). Os direitos do Índio, ensaios e documentos. São Paulo: Brasiliense, 1987.

ERTHAL, Regina. Atrair e pacificar: a estratégia da conquista. 1992. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – PPGAS/MN, UFRJ, Rio de Janeiro, 1992.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo R. Participação social. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, p. 979-1010, 2008. (ESCOREL; MOREIRA, 2008, p. 979-1010)

GARNELO, Luiza. O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. TEIXEIRA, CC., and GARNELO, L., comps. Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. Saúde dos povos Indígenas collection. ISBN: 978-85-7541-582-5.

GARNELO, Luiza. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. / Luiza Garnele; Ana Lúcia Pontes (Org.). - Brasília: MEC-SECADI, 2012.

HOCHMAN, Gilberto; SILVA, Renato da. Campanhas Públicas, Populações (Quase) Invisíveis: endemias rurais e indígenas na saúde pública brasileira. TEIXEIRA, CC; GARNELO, L. Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. Saúde dos povos Indígenas collection.

MACIEL SC; OLIVEIRA RCCM; FELIX JR. Alcoolismo em Indígenas Potiguara: representações sociais dos profissionais de saúde. Psicol Ciênc Prof. 2012;32(1):98-111. Disponível em: Alcoolismo em indígenas potiguara: representações sociais dos profissionais de saúde | Psicol. ciênc. prof;32(1): 98-111, 2012. ilus | LILACS (bvscad.org). Acesso em: 27 jul. 2021

MÂNICA, Fernando Borges. Universalidade, integralidade e gratuidade no SUS: uma análise à luz do Desenvolvimento Sustentável – ODS. Direito Sanitário: aspectos contemporâneos da tutela do direito à saúde/ coordenação de Sueli Gandolfi Dallari, Fernando Aith, Marelo P. Maggio./ Curitiba: Juruá, 2019, p. 46.

MARCONI, Marina de Andrade; PRESOTTO, Zelia Maria Neves. Antropologia: uma introdução. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2015. Nações Unidas Brasil. Disponível em <<https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>>. Acesso em 11 de maio de 2021

ROCHA, Leandro Mendes. A política indigenista no Brasil: 1930-1967. Goiânia: Ed. UFG, 2003. p. 52.



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. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4):853-861, abr, 2007.

STF, Tribunal Pleno, ADPF 709 MC-REF / DF, Ministro Relator Roberto Barroso, Julgado em 05/08/2020.