

# Por uma Perspectiva Descolonial dos Direitos Indígenas à Saúde

*By a Decolonial Perspective of Health Indigenous Rights*

*Por una Perspectiva Decolonial de los Derechos Indigenas a la Salud*

Rosane Lacerda<sup>1</sup>

## RESUMO

O texto aborda a questão dos direitos indígenas à saúde como um campo fortemente marcado pelas relações coloniais de poder, historicamente processadas no tratamento dispensado pelo Estado aos povos indígenas. Partindo dos desenvolvimentos históricos do tratamento jurídico dado à temática da saúde e aos direitos indígenas, observa-se o reconhecimento da saúde como um direito fundamental e o rompimento com o paradigma da integração dos índios à sociedade nacional envolvente como duas importantes conquistas no plano constitucional de 1988, com desdobramentos normativos no âmbito da construção do subsistema específico de atenção à saúde indígena. Conclui-se que os importantes avanços no plano normativo não correspondem ainda a uma efetiva transformação da realidade indígena em saúde, marcada pelo progressivo aumento de sérios problemas em todo o país, e que este descompasso entre o marco normativo

e a realidade guarda sintonia com a manutenção da postura colonial ainda vigente no Estado brasileiro em relação aos indígenas.

**Palavras-Chave:** Povos Indígenas; Direito à Saúde; Direitos Constitucionais; Atenção específica e diferenciada; Pluralidade de saberes; democracia participativa; Colonialidade do poder.

## ABSTRACT

*This paper addresses the issue of indigenous rights to health as a field heavily influenced by colonial relations of power, historically processed in treatment of indigenous peoples by the state. Based on the historical developments of the legal treatment given to the subject of health and indigenous rights, there is the recognition of health as a fundamental right and a break with the paradigm of integration of Indians into the national society engaging as two important achievements at the Constitutional 1988 with normative implications in the construction of the subsystem specific indigenous health care. We conclude that the major advances in the normative still do not match to an effective*

<sup>1</sup> Advogada, Mestre em Direito, Estado e Constituição pela UnB; Doutoranda em Direito, Estado e Constituição pela UnB e Professora Assistente do Curso de Direito da UFG, Campus Jataí.

*transformation of reality in indigenous health, marked by the progressive increase of serious problems throughout the country, and that this mismatch between the regulatory framework and reality keeps tune with the maintenance posture colonial still in force in the State in relation to the Brazilian Indians.*

**Keywords:** *Indigenous Peoples; Constitutional Rights; Attention specific and differentiated; Plurality of knowledge, participatory democracy; coloniality of power.*

### **RESUMEN**

*En este trabajo se aborda el tema de los derechos indígenas a la salud como un campo fuertemente influenciado por las relaciones coloniales de poder, históricamente procesado en el tratamiento de los pueblos indígenas por parte del Estado. En base a la evolución histórica del tratamiento legal dado al tema de la salud y los derechos indígenas, no es el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental y una ruptura con el paradigma de la integración de los indígenas en la sociedad nacional participar en dos importantes logros en el Constitucional 1988 con implicaciones normativas en la construcción del subsistema específico de salud indígena. Llegamos a la conclusión de que los principales avances en la normativa aún no coinciden a una transformación efectiva de la realidad en la salud indígena, marcada por el progresivo aumento de los problemas graves en todo el país, y que esta falta de correspondencia entre el marco normativo y la realidad mantiene sintonía con el mantenimiento postura colonial sigue vigente en el Estado en relación con los indios brasileños.*

**Palabras Clave:** *Pueblos Indígenas; derecho a la salud; los derechos constitucionales; la atención específica y diferenciada; pluralidad de conocimientos; la democracia participativa; la colonialidad del poder.*

### **1. INTRODUÇÃO**

Historicamente, nas modernas sociedades ocidentais o conceito de saúde esteve reduzido apenas à percepção de processos biológicos relacionados à ausência de doenças, não sendo visto em termos de qualquer vinculação à questão do Direito e da participação política, e muito menos do respeito à pluralidade de visões de mundo, próprias das sociedades étnica e culturalmente diversas.

No Brasil, como nas demais sociedades latino-americanas, a concepção que se (re) produziu a respeito da saúde foi profundamente marcada pela utilização de modelos importados de concepções e práticas altamente hierarquizadas e autoritárias. Neste modelo, saberes e práticas locais, sobretudo indígenas, foram desqualificadas e colocadas em situação de subalternidade frente a conhecimentos acadêmicos e científicos, legitimados pela matriz europeia de legitimação do saber. Até a saúde nunca foi espaço para o Direito nem para a cidadania, e as concepções indígenas de saúde e de processos de adoecimento e cura nunca passaram de simples “superstições”, próprias de culturas tidas como desprovidos das capacidades lógicas e racionais da iluminada modernidade ocidental.

Este quadro revela que de maneira geral e, mais particularmente ainda, no caso dos Povos Indígenas, a questão da saúde e do direito à

saúde foi historicamente marcada por aquilo que o sociólogo peruano Aníbal Quijano denomina de “paradigma da colonialidade”. O conceito de colonialidade remete ao fenômeno da subordinação colonial, porém para muito além das formas de imposição e de dominação, política e econômica, exercidas pelos Estados independentes sobre as populações étnica e culturalmente minoritárias existentes em seus territórios. Para Quijano a expressão “colonialidade” encerra o próprio paradigma das relações de dominação constitutivas da modernidade a partir da expansão europeia no século XVI, e até hoje em vigor.

Segundo o autor, bem mais do que significar a exploração política e econômica das minorias, a colonialidade opera no seu imaginário. É uma “colonización del imaginario de los dominados”, obtida através da repressão aos mais diversos campos da vida imaterial: “represión no sólo de específicas creencias, ideas, imágenes, símbolos o conocimientos que no sirvieran para la dominación colonial global”, mas, também, “sobre los modos de conocer, de producir conocimiento, de producir perspectivas, imágenes y sistemas de imágenes, símbolos, modos de significación”. Mas não só dessas repressões sobre o imaginário dos dominados se alimenta o paradigma da colonialidade. Ele subsiste também, da imposição de “una imagen mistificada de sus propios patrones de producción de conocimientos y significaciones”<sup>1</sup>, ou seja, da concepção de sua superioridade epistêmica. A ideia da “colonialidade” é assim mais abrangente, operando sobre as mentes, os corações e as próprias vidas dos indivíduos e das coletividades.

Por tais razões, cremos que o paradigma

da colonialidade situa de forma bastante interessante a questão dos diversos problemas vivenciados pelas populações indígenas no que diz respeito ao seu direito à saúde, em especial em duas de suas modalidades, a “colonialidade do poder”, ou seja, aquela que a partir da expansão colonial europeia se expressa na racialização e hierarquização eurocêntrica das relações sociais e intersubjetivas; e a “colonialidade do saber”, que situa os saberes eurocêntricos como padrão de validade no campo do conhecimento.

## 2. ANTECEDENTES

No século XVI, as conquistas e o início do empreendimento colonial europeu que marcaram a invasão de antigos territórios e povos originários do Continente não significaram apenas a sua invasão por homens e armas. De modo associado, outra invasão entrava em curso: a de agentes patogênicos. Com os conquistadores e colonizadores, doenças nunca vistas no mundo ameríndio foram introduzidas devastando de modo dramático as defesas biológicas e culturais das populações locais. Assim, a tomada do Continente foi também a tomada dos corpos indígenas por doenças até então desconhecidas, trazendo não só a tragédia do extermínio pelas epidemias, mas também a desestruturação sociocultural das populações sobreviventes. No morticínio que passou a se seguir aos primeiros contatos, a perda de anciões, xamãs e pajés significou, também, a perda irreparável de saberes e práticas milenares, tornando ainda mais difícil para os sobreviventes o tremendo desafio de lidar com o desconhecido.

Como afirma Todorov, no ano de 1500 a

população mundial girava em torno de 400 milhões de indivíduos, sendo 80 milhões só no Continente americano, o chamado “Novo Mundo”. Então, “em meados do século XVI”, afirma Todorov, “desses 80 milhões, restam 10”. Por isso conclui que “se a palavra genocídio foi alguma vez aplicada com precisão a um caso, então é esse”. Setenta milhões de mortos em apenas cinco décadas. Mas para o autor, o “choque microbiano” ou seja, as doenças trazidas pelos conquistadores e colonizadores europeus, muito mais que as armas de fogo, foi a causa do grande morticínio<sup>2</sup>. Por sua vez Darcy Ribeiro também chamou a atenção para o fato de que no Brasil, desde o início da colonização europeia “as doenças representaram o primeiro fator da diminuição das populações indígenas”, fazendo da história do contato com os colonizadores uma história repleta “de chacinas e, sobretudo, de epidemias”<sup>3</sup>.

Além da contaminação por agentes virais e bacteriológicos antes desconhecidos, as populações indígenas tiveram sua saúde comprometida também pelas consequências das condições de vida a que foram submetidas pelo avanço do empreendimento colonial sobre seus territórios. Tanto os longos esforços de resistência e de fuga de comunidades inteiras, inviabilizando o ancestral processo de busca ou de produção de alimentos, quanto a própria perda da posse territorial para os colonizadores, levaram à perda das suas principais fontes alimentares, com resultados impactantes para a saúde dessas populações. Como não bastasse, a introdução do sedentarismo e a imposição de novos hábitos alimentares em substituição aos antigos, atuaram e atuam também como importantes contribuições para a quebra da qualidade de vida dessas populações, levando

ao seu adoecimento. À longa lista de causas do enfraquecimento da saúde indígena, fruto da chegada do aparato colonial europeu, pode-se acrescentar ainda a introdução de doenças sexualmente transmissíveis (DST), a contaminação por poluentes, a dependência alcoólica e, mais recentemente, a dependência química.

Em resumo, o contato com o colonizador europeu, além da própria herança colonial, introduziu e deixou como herança para as populações indígenas um vasto conjunto de efeitos deletérios à saúde. Da fome à DST, da morte por gripe à intoxicação por agrotóxicos, da dependência alcoólica e química ao suicídio, o avanço do projeto colonial sobre os territórios, recursos naturais, corpos e mentes indígenas produziu nessas populações um quadro extremo de situação de vulnerabilidade em saúde. Um quadro interpretado, ao longo do século XIX e primeira metade do século XX, como comprovação de uma suposta inferioridade racial e cultural.

Considerados sob a perspectiva ideológica do racismo, os problemas de saúde identificados nas populações indígenas foram vistos inicialmente como reflexo de uma fragilidade natural do “gentio”, depois como consequência de uma compleição fraca gerada pela mestiçagem, e, ao longo do século XIX, no esteio do darwinismo social, como decorrência de sua incapacidade natural para a competição com o aparato civilizatório da modernidade europeia. No rastro dessa perspectiva evolucionista, a questão da saúde indígena foi profundamente atrelada ao paradigma da integração à sociedade nacional envolvente, sobretudo durante a fase do antigo Serviço de Proteção ao Índio (SPI), mas também ao

longo de boa parte da existência da Fundação Nacional do Índio (Funai).

Assim, por exemplo, conforme o Decreto n.º 736, de 06 de abril de 1936<sup>4</sup>, as atribuições do SPI em termos de saúde se resumiam a prestar “proteção e assistência”, fornecendo “recursos necessários ao tratamento das doenças”, a serem prestados gratuitamente nos Postos de Assistência, Nacionalização e Educação (arts. 1.º, “a”; 2.º, “j” e 21). Também o Decreto n.º 10.52, de 16 de outubro de 1942<sup>5</sup> resumia-se a afirmar competir aos Postos Indígenas, “prestar ao índio assistência sanitária, fazendo-o observar práticas higiênicas” (art. 12, “o”). Mais tarde, o Decreto n.º 52.665, de 11 de outubro de 1963, atribuiu ao Conselho Nacional de Proteção aos Índios, órgão do Ministério da Agricultura, o planejamento da prestação de “assistência médico-sanitária aos índios qualquer que seja o seu tipo de cultura e o seu grau de integração na sociedade nacional” (art.1.º, IV), cabendo ao SPI, nos termos do Decreto n.º 52.668, de 11 de outubro de 1963<sup>6</sup>, executar tais ações de “assistência médico-sanitária para índios” (art. 1.º, I, 4). É só com a Lei 6.001, de 19 de dezembro de 1973, o denominado “Estatuto do Índio”, que pela primeira vez a saúde é mencionada enquanto direito. A Lei 6.001 estabelece que “os índios têm direito aos meios de proteção à saúde facultados à comunhão nacional” (art. 54, *caput*), e atribui aos “poderes públicos” o dever de prestar “especial assistência” de saúde aos indígenas, em estabelecimentos específicos (art. 54, parágrafo único).

Na conformidade com o paradigma integracionista, a saúde era percebida não como um direito, mas como uma simples prestação assistencial, clínica e medicamentosa, a cargo

das instituições responsáveis pela proteção aos indígenas, e definida e imposta segundo uma perspectiva verticalizada, sem qualquer participação das próprias comunidades e sem consideração aos seus saberes e práticas tradicionais.

### **3. Os direitos indígenas à saúde na perspectiva Constitucional de 1988: Pluralismo, Igualdade, Autonomia...**

De maneira geral, a questão do direito à saúde sofreu importantes alterações com a Constituição Federal de 1988 (CF/88)<sup>4</sup>. Ali, pela primeira vez o constitucionalismo brasileiro abriu-se ao reconhecimento da saúde não só como um direito, mas principalmente como um direito fundamental e um espaço para a prática da cidadania. Na Constituição de 1988 a saúde foi reconhecida como um “direito de todos e dever do Estado” a ser garantido mediante “acesso universal e igualitário” (art. 196), através de um sistema único organizado com a participação da comunidade (art.198, III). Fruto de intensas lutas do movimento pela Reforma Sanitária e refletindo também as recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986, tais avanços constitucionais estiveram ligados também a importantes conquistas no plano do Direito Internacional dos Direitos Humanos.

No caso específico dos Povos Indígenas estes mesmos avanços no direito internacional, obtidos sobretudo mediante a elaboração da Convenção 169 da OIT (Organização Internacional do Trabalho), assim como as lutas emancipatórias do movimento indígena e setores aliados desde a década de 1970, levaram também a Carta de 1988 a romper com

o antigo modelo integracionista, possibilitando a discussão e a implementação dos direitos indígenas à saúde em novos parâmetros e perspectivas. Com a CF/88, a histórica perspectiva integracionista e homogeneizante cedeu lugar ao reconhecimento das formas indígenas de “organização social, costumes, línguas, crenças e tradições”, e os “direitos originários” e “inalienáveis” de “posse permanente” sobre as “terras que tradicionalmente ocupam” (art. 231, *caput* e § 6.º).

Diferentemente da tradição monocultural anterior, esta nova formulação abriu novas perspectivas constitucionais para os povos indígenas por expressar, a um só tempo, dois importantes paradigmas principiológicos: o respeito à diversidade étnica e cultural das coletividades indígenas e o respeito à sua autonomia no tocante às decisões relativas a seus interesses, na órbita interna de seus territórios.

Esta nova formulação implicou no surgimento do direito daqueles povos à chamada “atenção específica e diferenciada”, ou seja, uma atenção em saúde planejada e praticada em consideração e respeito não só às suas especificidades identitárias dos Povos e universo sociocultural, mas também às suas aspirações, desejos e decisões no plano político. No primeiro caso, trata-se da consideração, com base constitucional, à identidade própria e única de cada povo e comunidade indígena, considerado em sua particularidade, e não de maneira genérica conforme ocorria na tradição homogeneizante do antigo paradigma integracionista. E se trata, no segundo caso, do respeito e consideração para com as deliberações próprias das comunidades acerca

dos assuntos de seu interesse.

Esta possibilidade constitucionalmente aberta aos indígenas, de uma atenção à saúde específica e diferenciada, em hipótese alguma legitima o exercício de interpretações que pretendam excluí-los dos direitos à saúde conferidos à população em geral. Já em sua parte preambular, ao mesmo tempo em que traz para o país o ideal de uma sociedade “pluralista e sem preconceito”, a CF/88 inclui a igualdade entre os seus maiores valores. Mais adiante, inscreve entre os objetivos da República o de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (art. 3.º, inc. IV) e, no mesmo caminho, expressa o princípio da igualdade de todos perante a lei, sem distinção de qualquer natureza (art. 5.º, *caput*).

Ou seja, no que tange aos Povos Indígenas, a Constituição Federal de 1988 tanto ampara (em nome do pluralismo enquanto respeito à diversidade), a atenção específica e diferenciada em saúde, quanto reconhece (em nome do princípio da igualdade), o seu direito de acesso aos serviços de saúde oferecidos à população não-indígena. Trata-se aqui tanto do direito à igualdade quanto do direito à diferença como princípios fundamentais de convivência no interior das bases territoriais do Estado brasileiro.

Tais direitos são vistos como mais expressivos ainda quando se considera a grande vulnerabilidade em saúde que atinge os indígenas. Como vimos antes, conquistadores e colonizadores europeus não trouxeram apenas armas de ferro e fogo, trouxeram também eficientes “armas biológicas”, responsáveis por grande parte do genocídio de milhões de

indígenas já no século XVI. Ainda hoje a falta de imunidade natural para infecções antes desconhecidas põe em risco a sobrevivência de centenas de comunidades de pouco ou nenhum contato anterior com a sociedade envolvente. Além das doenças adquiridas com o próprio contato, multiplicam-se ainda as mazelas decorrentes dos históricos e atuais processos de perdas territoriais e de danos ambientais causados por invasões extrativistas sobre as terras indígenas e seu entorno, além do consequente processo de pauperização e falta de perspectiva de vida, levando à fome e toda uma cadeia de agravos à saúde, de terríveis consequências para o futuro de inúmeras comunidades.

Neste contexto, os princípios da igualdade, universalidade e equidade, bem como o direito de participação na formulação das políticas públicas em saúde, são importantes para que os povos indígenas tenham garantidos os mesmos direitos que os demais segmentos, e o respeito às suas necessidades específicas.

#### **4. O Direito à Saúde na perspectiva da Convenção 169 da OIT: Autonomia, Participação, e Direito de Consulta**

As duas vertentes anteriormente apontadas do direito à “atenção específica e diferenciada” que passou a ser reconhecido aos Povos Indígenas em matéria de saúde (respeito e consideração à especificidade identitária e à autonomia política das comunidades), correspondeu também aos avanços processados no plano do Direito Internacional através da Convenção 169 da OIT.

Adotada em 27 de junho de 1989 em

Genebra, Suíça, pela 76ª Seção da Conferência Geral da OIT, a Convenção 169 (também denominada “*Convenção sobre os Povos Indígenas e Tribais, 1989*”) entrou em vigor em 05 de setembro de 1991, em revisão à sua antecessora, a Convenção 107 da OIT, que versava sobre a “*Proteção e Integração das Populações Indígenas e Outras Populações Tribais e Semitribais de Países Independentes*”. Guiando-se pelo paradigma integracionista, a Convenção 107, promulgada no Brasil pelo Decreto n.º 58.824, de 14 de julho de 1966, pensava a saúde apenas em termos de “serviços adequados” a serem postos “à disposição das populações interessadas”, de acordo com o “estudo sistemático das condições sociais, econômicas e culturais” daquelas populações, e acompanhando “a aplicação de medidas gerais de progresso social, econômico e cultural” (art. 20). Ou seja, uma concepção de saúde imposta verticalmente e em completa desconsideração aos saberes, práticas e aspirações políticas das próprias populações “interessadas”.

Incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro através do Decreto n.º 5.051, de 19.04.2004, e vindo a se integrar o *status* de Emenda Constitucional (EC) (art. 5.º, § 3.º), nos termos da Emenda 45/2004, a Convenção 169 traria importantes alterações a essa perspectiva. O principal paradigma por ela adotado está no reconhecimento, pelos Estados partes, das instituições culturais e formas de vida próprias dos Povos Indígenas. Desvencilhando-se do problemático e falido modelo integracionista que até então prevalecia no plano do Direito Internacional sob orientação da Convenção 107, a Convenção 169 advoga o direito dos indígenas à manutenção de suas identidades próprias através do fortalecimento de seus

sistemas culturais, linguísticos e religiosos. Adota também como princípio a ser observado pelos Estados o respeito às aspirações indígenas “a assumir o controle de suas próprias instituições e formas de vida e seu desenvolvimento econômico” (Preâmbulo, § 5). Ou seja, reconhece – assim como a CF/88, o princípio da autonomia dos Povos Indígenas.

No tocante ao relacionamento dos governos dos Estados partes com os Povos Indígenas, a Convenção estabelece dois importantes direitos que pela sua importância e inafastabilidade configuram-se como verdadeiros princípios: os do direito de consulta e de livre participação. O primeiro refere-se ao direito a serem sempre consultados “através de suas instituições representativas” em caso de “medidas legislativas ou administrativas suscetíveis de afetá-los diretamente” (art. 6.º, § 1, “a”). O segundo, que seja garantida a sua livre participação em todas as instâncias decisórias nas matérias relativas às políticas e programas que lhes digam respeito (art. 6.º, § 1, “b”). Além disso, cobra dos governos, como suporte para a participação plena dos Povos Indígenas, o estabelecimento de meios capazes de auxiliar no desenvolvimento de suas instituições e iniciativas próprias (art. 6.º, § 1, “c”), e que as consultas aos mesmos sejam efetuadas “com boa fé e de maneira apropriada às circunstâncias, com o objetivo de se chegar a um acordo e conseguir o consentimento acerca das medidas propostas” (art. 6.º, § 2).

Ao tratar especificamente do tema “Seguridade social e saúde”, a Convenção afirma que os Povos Indígenas devem gozar de um “nível máximo possível de saúde física e mental”, seja através de serviços em saúde “adequados” a serem prestados diretamente

pelos Estados, seja através da garantia, por estes, dos meios que permitam aos Povos Indígenas “organizar e prestar tais serviços sob a sua própria responsabilidade e controle” (art. 25, § 1). A Convenção determina também a priorização da organização dos serviços em saúde no “nível comunitário”, a garantia da participação dos Povos Indígenas no seu “planejamento e administração”, e a necessidade de que em tais serviços sejam consideradas as “condições econômicas, geográficas, sociais e culturais” indígenas, bem como “seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais” (art. 25, § 2). Ao mesmo tempo, orienta também para que o sistema de assistência sanitária dê prioridade ao “atendimento primário à saúde”, e à formação e emprego de agentes pertencentes às próprias comunidades, garantindo-se, porém, a existência de “estreitos vínculos com os demais níveis de assistência sanitária” (art. 25, § 3). Por fim, a Convenção 169 estabelece a necessidade de coordenação das ações em saúde com “as demais medidas econômicas e culturais que sejam adotadas no país” (art. 25, § 4).

##### **5. Desdobramentos infraconstitucionais: SasiSUS, DSEIs, controle social ...**

Com a Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999, a chamada “Lei Arouca”, a atenção à saúde dos Povos Indígenas foi definida em termos de um subsistema específico, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O Subsistema foi então organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), e posto sob o comando da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), órgão do Ministério da Saúde.

A Lei Arouca incluiu na metodologia a ser implementada pelo Subsistema, o respeito à “realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas”, bem como ao direito de participação de suas comunidades nos colegiados de “formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde”. Coerente com o princípio da igualdade, a Lei Arouca também reconheceu aos indígenas o direito de acesso ao SUS, que situa em termos de “retaguarda e referência” ao SasiSUS (art. 19-G, § 2.º). Além disso, afirmou expressamente o direito das populações indígenas de “acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde” (art. 19-G, § 3.º).

Mesmo antes da Lei Arouca, o modelo de DSEIs já havia sido reivindicado pelo movimento indígena e recomendado, em 1993, pela II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, na forma de unidades do Subsistema dotadas de autonomia administrativa, orçamentária e financeira, sob o controle social das comunidades.

Sob pressão do movimento indígena, altamente insatisfeito com a atuação da Funasa, o governo federal chegou a anunciar, em 2008, a sua pretensão de substituir as responsabilidades do órgão no tocante à saúde indígena, através da criação de uma “Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde”, que passaria a assumir tal atribuição. Mas a subordinação da gestão do SasiSUS à Funasa foi mantida até meados de 2010, quando a Lei n.º 12.314, de 19 de agosto daquele ano, excluiu do rol de atribuições da Funasa a responsabilidade pela saúde indígena.

Por fim, com base na mesma lei, em 19 de outubro de 2010 o Decreto 7.336, do então Presidente Lula da Silva, criou na estrutura organizacional do Ministério da Saúde a “Secretaria Especial de Saúde Indígena” (SESAI), que desde então vem coordenando a gestão do SasiSUS e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (cf. art. 42, I e II).

Coerente com a previsão constitucional de participação da comunidade no SUS (art. 198, inc. III), a Lei Arouca prevê o direito das populações indígenas a “participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde” (art. 19-H), ou seja, o direito de participação nas esferas de controle social do Subsistema. Atualmente, a forma de organização deste controle é prevista na Portaria n.º 755, de 18 de abril de 2012, do Ministro da Saúde. De acordo com a Portaria, o controle social do Subsistema é composto de três níveis colegiados (art. 2.º): Os Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI), de caráter permanente e consultivo e compostos unicamente por indígenas em cada DSEI (art. 3.º), os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), de caráter permanente e deliberativo e de composição paritária (art.4.º) e, no plano nacional, o Fórum de Presidentes dos CONDISI, também de caráter permanente e consultivo (art. 6.º).

Pelo até aqui visto, a trajetória normativa do tratamento do direito à saúde dos povos indígenas passou por consideráveis avanços, tanto no que diz respeito ao rol de novos direitos, quanto no que concerne às possibilidades de participação política nos espaços públicos de deliberação sobre a temática específica.

Contudo, é necessário refletir se, e até que ponto estes avanços realmente correspondem à mudança que se espera do Estado, no sentido do rompimento com a perspectiva monocultural e homogeneizante, própria da relação colonial de poder que sempre exerceu sobre os Povos Indígenas.

## **6. Descompasso entre conquistas normativas e práticas políticas**

De acordo com Fernanda Lopes, apesar da garantia constitucional de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, na prática, a sua fruição entre os grupos étnico-raciais historicamente desfavorecidos é desigual. Para a autora, “indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer”<sup>5</sup>.

No caso específico do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e dos DSEIs, o passar do tempo revelou haver um grande hiato entre a concepção original da proposta e a realidade de sua implantação. Entre as críticas ao desvirtuamento da concepção original foi apontada, já desde uma década atrás, a opção pela terceirização da assistência, com a “renúncia ao desenvolvimento da assistência à saúde por parte do poder público”<sup>6</sup>. Neste processo de terceirização, ainda hoje vigente, o modelo opera a partir da transferência de sua execução a entidades conveniadas. Contra estas, nestes quase quinze anos, avolumaram-se reclamações por falhas de gerenciamento, com enormes prejuízos à saúde das comunidades.

Outra crítica à condução do processo, formulada sobretudo pelo movimento

indígena, refere-se à não efetivação da previsão de autonomia administrativa, financeira e orçamentária dos DSEIs, num modelo que durante anos privilegiou a concentração do poder decisório nas coordenações regionais da Funasa. Com isso impediu-se a efetivação dos princípios constitucionais do controle social na gestão do SUS e do respeito à autonomia dos Povos Indígenas.

Especialistas veem ainda com muita preocupação o problema da escassez de dados sobre a saúde das populações indígenas. O fato já foi apontado como uma “danosa invisibilidade demográfica e epidemiológica” dos Povos Indígenas<sup>7</sup> e uma “forma de exclusão genocida”<sup>8</sup>.

Tais preocupações e críticas têm mobilizado constantes denúncias por parte do movimento indígena em todo o país. Em 2007, por exemplo, os 98 líderes de povos de todas as regiões, reunidos no IV “Acampamento Terra Livre” realizado na Esplanada dos Ministérios, em Brasília – DF, avaliaram a situação da saúde indígena como caótica, devido sobretudo à tendência de municipalização da atenção e à “falta de apoio ao controle social exercido pelas comunidades”. Naquela ocasião, o movimento apontou ainda a necessidade de se “aprimorar o subsistema”, resgatando a concepção original da “autonomia financeira e administrativa aos Distritos”, o “exercício do controle social” pelas comunidades, o fim da perspectiva de municipalização, a “valorização dos pajés e parteiras, garantindo a participação dos mesmos nas equipes de saúde” e o respeito às “resoluções das Conferências de Saúde Indígena”. Apesar das críticas, o Governo Federal manteve os principais aspectos do modelo, principalmente no tocante à

terceirização da execução da atenção em saúde.

Mais recentemente, as expectativas positivas em torno da criação da SESAI foram rapidamente transformadas em sérias denúncias de uma situação de agudização da crise no setor. De acordo com Araújo Júnior e outros, Procuradores da República e membros da 6.<sup>a</sup> Câmara do Ministério Público Federal sobre Populações Indígenas e outras Minorias, são comuns “os relatos que mencionam a morte de pacientes nas aldeias em razão da demora da chegada do transporte de resgate, a ausência de medicamentos elementares (...) entre tantas outras violações dos direitos dos povos indígenas”<sup>9</sup>. Afirmam ainda que os inquéritos civis públicos instaurados pelo Ministério Público Federal (MPF) em todo o país “demonstram que não se operaram as mudanças desejadas”<sup>9</sup>. Entre as prováveis causas da crise, o artigo aponta a não realização de uma fase de transição entre a passagem de responsabilidades da Funasa para a SESAI.

A situação de crise levou o MPF a realizar, no dia 10 de dezembro de 2012, o ajuizamento de mais de 15 ações civis públicas sobre violações diversas aos direitos indígenas à saúde, e a expedição de mais de 30 recomendações à SESAI, Estados e Municípios no tocante às respectivas responsabilidades para com o funcionamento dos DSEIs. O referido artigo conclui afirmando que embora possam parecer localizados, os problemas atingem “todas as aldeias indígenas no Brasil, deixam claro a ineficiência de gestão e apontam para o quadro de precariedade da saúde pública, notadamente aquela prestada a grupos minoritários”<sup>9</sup>.

Outro problema bastante importante, embora bem menos debatido, tem sido o da

desconsideração do princípio da relação de complementaridade entre a medicina ocidental e a medicina indígena. Os Povos Indígenas possuem sua própria “imputação etiológica” e métodos de cura, sendo “indispensável a compreensão das categorias tradicionais indígenas acerca do processo saúde-doença”<sup>8</sup>. Para Athias e Machado<sup>10</sup>, isso exigiria, entre outras demandas, a formação interdisciplinar dos profissionais de saúde em Ciências Sociais e Antropologia da Saúde, o que praticamente não ocorre.

Essa concepção que reconhece a existência de uma “medicina indígena”, legitimada a uma relação complementar com a medicina ocidental, vem no movimento do reconhecimento daquela pluralidade de saberes e práticas ancestrais, historicamente desqualificadas pelos saberes ocidentais modernos instituídos no âmbito acadêmico. Essa perspectiva encontra-se, presente, aliás, nos termos do Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que ao dispor sobre as condições para a prestação de assistência à saúde indígena no âmbito do SUS, refere-se à necessidade de “reconhecimento do valor e da complementariedade das práticas da medicina indígena” (art. 2.º).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não restam dúvidas de que no Brasil o processo de construção dos direitos dos povos indígenas à saúde passou nas últimas décadas por consideráveis avanços no plano normativo. Do antigo paradigma constitucional do Estado integracionista e culturalmente homogeneizante, concebido a partir de uma identidade supostamente monocultural e calcada em saberes e práticas eurocêntricas,

o constitucionalismo brasileiro avançou no sentido de uma concepção plural, inclusiva e participativa, que reconhece a diversidade étnica e cultural dos povos indígenas e das diversas identidades presentes na sociedade brasileira. O mesmo ocorreu especificamente em torno dos direitos à saúde. Concebida antes numa perspectiva meramente assistencial e de caráter individual, a saúde, e em específico a saúde indígena, passou a ser concebida enquanto um direito fundamental, também de caráter coletivo, cujo acesso é regido sob os princípios da universalidade e equanimidade, e cujo planejamento e gestão não pode mais ser dissociado do princípio da participação e controle sociais.

Contudo, o descompasso entre norma e realidade, tornado visível na crônica das violências cotidianas sofridas pelos povos indígenas em todo o país, e que se traduz em crescentes índices de morbidade, mortalidade infantil, baixa expectativa de vida, e desassistência, bem como o crescimento das queixas relativas ao baixo índice democrático e participativo no plano das decisões relativas à gestão do subsistema, não pode ser suficientemente compreendido e combatido sem a percepção do caráter colonial, monocultural e eurocêntrico ainda vigente no Estado brasileiro. Em outras palavras, apesar dos avanços apontados, não operou ainda a necessária descolonialidade do Estado brasileiro em relação à questão dos direitos dos Povos Indígenas à saúde.

Em que pesem as conquistas do movimento indígena e seus aliados no plano normativo do reconhecimento de direitos e de abertura de instâncias colegiadas destinadas a garantir a histórica demanda pelo legítimo exercício de

formas diretas e participativas de democracia, na prática os velhos problemas próprios do modelo colonial continuam em vigor. Na colonialidade das relações entre o Estado e os Povos Indígenas reside, ao nosso ver, um limite concreto, real, para a concretização dos avanços normativos em termos de reconhecimento de um direito à saúde específico, diferenciado e participativo.

É necessário, portanto, que os diversos atores políticos e sociais envolvidos na questão adotem, firme e conscientemente, o compromisso com a atitude descolonial. As leis, unicamente, não garantem sozinhas a força transformadora da sociedade e das históricas e espúrias situações de opressão e injustiça advindas do modelo colonial. Isso porque não são dotadas de poderes mágicos. Fundamental, então, é a atitude descolonial, que pode fazer transbordar os direitos para além do seus significados legislativos mais restritos. Nesse processo, a escuta aos Povos Indígenas é essencial. Isso significa levá-los a sério no que diz respeito ao planejamento, à execução, às deliberações e ao controle social da saúde. Não como simples cumprimento de uma formalidade legalmente exigida, mas como busca sincera pela interação com o outro, visto agora como portador de saberes e práticas cuja compreensão torna-se indispensável até mesmo para a busca de alternativas a um modelo insustentável e em crise.

## REFERÊNCIAS

1. Quijano A. “Colonialidad y modernidad-racionalidad”. In: Heraclio BONILLA (Comp.). *Los Conquistados: 1492 y la población indígena de las Américas*. Ecuador: Libri Mundi, Tercer Mundo Eds., 1992, p.438-439.

2. Todorov T. A Conquista da América: A questão do Outro. Tradução de Beatriz Perro-ne-Moisés. São Paulo: Martins Fontes, 2003; pp.191-193.

3. Ribeiro D. Os Índios e a Civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. 3.<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes, 1979. p. 227.

4. Brasil, Presidência Da República. Decreto n.º 736, de 06 de abril de 1936. Aprova, em caráter provisório, o Regulamento do Serviço de Proteção aos Índios. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-736-6-abril-1936-472619-publicacaooriginal-1-pe.html>>.

5. Brasil, Presidência da República. Decreto n.º 10.652, de 16 de outubro de 1942. Aprova o regimento do Serviço de Proteção aos Índios, do Ministério da Agricultura. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-10652-16-outubro-1942-464627-publicacaooriginal-1-pe.html>>.

6. Brasil, Presidência da República. Decreto n.º 52.665, de 11 de outubro de 1963. Aprova o Regimento do Conselho Nacional de Proteção aos Índios, do Ministério da Agricultura. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-52665-11-outubro-1963-392915-publicacaooriginal-1-pe.html>>.

7. Brasil, Assembleia Nacional Constituinte. Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/consti-](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/consti-)

[tuicao.htm](#)>.

8. Genebra, OIT, Convenção n.º 107 para a Proteção e Integração das Populações Indígenas e Outras Populações Tribais e Semitribais de Países Independentes. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-58824-14-julho-1966-399446-publicacaooriginal-1-pe.html>>.

9. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Seminário Nacional Saúde da População Negra. Brasília, 18 a 20 de agosto de 2004. Anais... Brasília: Ministério da Saúde e Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2004; p.58.

10. Garnelo L; Brandão LC. Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no Estado do Amazonas. In: COIMBRA JR., Carlos E. A. et all (Orgs.) Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 2003. p. 235-257.

11. Coimbra CEAJ; Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: Algumas teias de interações, com ênfase nos povos indígenas. Ciência & Saúde Coletiva, 5:125-132.

12. Barros EP. Saúde Indígena: a invisibilidade como forma de exclusão. In: Goldenberg P(Org.). O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 223-238.

13. Araújo JJJ. “Dia D da Saúde Indígena”. In: CIMI. Relatório Violências contra os Po-

vos Indígenas: Dados de 2012. Brasília: Cimi, 2013; p.18.

14. Athias R; Machado M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 425-431, mar./abr. 2001

Artigo apresentado em 01/10/2013

Artigo aprovado em: 29/11/2013

Artigo publicado no sistema em: 03/12/2013