

Tatiani de Azevedo Lobo¹

POVOS INDÍGENAS E COVID-19: A JUDICIALIZAÇÃO DO SUBSISTEMA INDÍGENA DE SAÚDE

¹ Mestra em Direito pela UNISC, área de concentração Direitos Sociais e Políticas Públicas. Especialista pela UCS / ESMAFE. Graduada pela Universidade Federal Fluminense/UFF. Professora da Escola de Direito da Faculdade Meridional - IMED. Advogada, tatianilobo@hotmail.com.

RESUMO

A primeira pandemia desta geração, causada pela COVID-19, eleva ao limite a capacidade de atendimento dos serviços públicos de saúde no Brasil. A presente pesquisa trata especificamente do direito à saúde dos povos indígenas em meio à pandemia, através da análise da implementação do Subsistema Indígena de Saúde. Para tanto, utilizou-se o método dedutivo aliado às técnicas de pesquisa bibliográfica, pela exploração histórico-legislativa, doutrinária e jurisprudencial, com a análise da ADPF 709. Ao final, através do método proposto, foi possível demonstrar que é urgente a implementação definitiva do Subsistema Indígena de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: ADPF 709. COVID-19. Povos Indígenas. Subsistema Indígena de Saúde.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS:

A elaboração de políticas públicas comprometidas com a concretização do direito fundamental à saúde integra o arcabouço do mínimo social ou existencial oferecido à população geral. Ao experienciar a primeira pandemia desta geração, com intensa taxa de contaminação, o Estado brasileiro é testado em sua capacidade total de prestação de serviços, sem ainda ter implementado o caráter transversal e focal de atendimentos de populações vulneráveis diferenciadas.

Nessa conjuntura, os povos indígenas oportunamente judicializam a inação estatal, objetivando o direito à saúde em sua dimensão mais sensível: o direito de continuar existindo após a pandemia.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: SUBSISTEMA INDÍGENA DE SAÚDE:

A Constituição da República de 1988 (CR/1988) consagra a saúde como direito fundamental, que deve ser garantido pelo Estado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Nesse sentido, o processo de elaboração de uma política pública inicia-se com a percepção e definição de problemas, para depois seguir a formulação, a implementação e a avaliação. Para Bitencourt (2013, p. 48), a política pública é a “coordenação dos meios à disposição do Estado, harmonizando as atividades estatais e privadas para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados”.

Schmidt (2008), por sua vez, compreende que a política pública remete para a esfera do público e de seus problemas, desvelando o plano das questões coletivas. Para o autor, o público distingue-se do privado, do particular, do indivíduo e de sua intimidade. Por outro lado, determina que o público se distingue do estatal, uma vez que o público é uma dimensão mais ampla que se desdobra em estatal e não-estatal.

Com efeito, verificou-se o gradual desenvolvimento de um Sistema de Proteção Social amplo e integrado, a partir da CR/1988, composto por regimes contributivos e não contributivos, políticas universais e assistenciais, e coordenado setorialmente, como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Por essa perspectiva, Cunha Junior (2010, p. 1208) aponta que, dentre outras atribuições legais, cabe ao SUS executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica.

Estabelecido o conceito de política pública, bem como definindo o SUS como uma política pública geral para concretização do direito fundamental à saúde, surge a necessidade de definir o sentido transversal de uma política pública. Assim, Serra (2004) dispõe que a transversalidade deve ser considerada sob a óptica de um instrumento organizacional cuja função é fornecer capacidade de atuação para o Estado sobre algumas questões que a organização clássica é inadequada, especialmente como instrumento de gestão das políticas públicas.

Pois bem, a organização do SUS deve ser adequada a determinadas especificidades de populações vulneráveis, como os povos indígenas. A fim de alcançar tal objetivo, em 1999, com a Lei nº 9836, instituiu-se no Brasil o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, também chamado de Subsistema Indígena de Saúde, como componente do SUS.

Destarte, na forma da lei, caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. Com efeito, obrigatoriamente deve-se levar em consideração a realidade local, as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. A lei garante às populações indígenas 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 (BRASIL, 2020).

A gestão desse Subsistema é feita pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no SUS. Segundo informações disponibilizadas pela referida secretaria, atualmente existem 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), responsáveis pelo atendimento de 760.350 indígenas divididos em 311 etnias, estando 6238 em aldeias. Além disso, há 67 Casas de Apoio a Saúde Indígena (CASAI) e 1.199 Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) (BRASIL, 2020).

O arcabouço constitucional e legal de garantia ao direito fundamental à saúde dos povos indígenas foi complementado em 2008, com a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas. Os artigos 21 e 23 da declaração mencionam, respectivamente, "1. Os povos indígenas têm direito, sem qualquer discriminação, à melhora de suas condições econômicas e sociais, especialmente nas áreas [...] saneamento, saúde e seguridade social" e "[...] os povos

indígenas têm o direito de participar ativamente da elaboração e da determinação dos programas de saúde, [...] e, na medida do possível, de administrar esses programas por meio de suas próprias instituições.” (NAÇÕES UNIDAS, 2020).

À vista desse conjunto normativo, o próximo tópico apresenta uma breve averiguação sobre a insuficiente implementação dessas políticas públicas em tempos de pandemia causada pela COVID-19, pautadas na perspectiva da transversalidade de etnia, culminando com a propositura pelos povos indígenas de arguição de descumprimento de preceito fundamental (ADPF).

ADPF 709: POVOS INDÍGENAS AFETADOS PELA COVID-19:

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), divulga, semanalmente, um Boletim Epidemiológico Especial (BEE), onde perfila as pessoas afetadas pela COVID-19 no Brasil.

O boletim ora apresentado, refere-se à Semana Epidemiológica 32, de 02 a 08/08/2020, constando o número de 384 óbitos de indígenas confirmados para COVID-19 (BRASIL, 2020, p. 34).

Contudo, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB)¹ aponta a existência de subnotificação dos casos oficiais de indígenas afetados pela pandemia, motivo pelo qual essa entidade representativa vem realizando um levantamento independente.

Os números são superiores aos oficialmente notificados porque a SESAI tem contabilizado somente casos em terras indígenas homologadas. Já a compilação de dados da APIB tem sido feita pelo Comitê Nacional de Vida e Memória Indígena e pelas Organizações indígenas de base da APIB, utilizando como fontes dados da própria SESAI, das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e do Ministério Público Federal. Estabelecidas as diferentes metodologias utilizadas, verificou-se na plataforma de monitoramento da APIB, em 17/08/2020, 25415 casos de indígenas confirmados para COVID-19 e 678 óbitos (PLATAFORMA DE MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO INDÍGENA NA PANDEMIA, 2020).

Diante da expansão da contaminação por COVID-19 junto aos povos indígenas e das diferentes situações de vulnerabilidade desses povos, a depender de condições de aldeamento ou não, isolamento ou não, residência em zona urbana ou rural, dentre outros fatores, a APIB apontou a deficiência das políticas públicas de saúde dos indígenas e ajuizou a ADPF 709 junto ao Supremo Tribunal Federal (STF).

Algumas peculiaridades processuais valem ser destacadas, como o fato de os próprios indígenas figurarem como autores da ação (sem a intermediação ou tutela de um órgão estatal) e a representação processual ter sido realizada por

¹ A APIB se declara como uma aglutinação e referência nacional do movimento indígena, tendo como integrantes: Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME), Conselho do Povo Terena, Articulação dos Povos Indígenas do Sudeste (ARPINSUDESTE), Articulação dos Povos Indígenas do Sul (ARPINSUL), Grande Assembleia do povo Guarani (ATY GUASU), Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB) e Comissão Guarani Yvyrupa.

um advogado indígena.

O STF, em consonância com o requerido na ADPF, exceto no ponto sobre a desintrusão imediata dos invasores, definiu uma completa política pública de enfrentamento dos efeitos da pandemia junto aos povos indígenas.

Quanto aos povos indígenas em isolamento ou povos indígenas de recente contato, restaram definidas as seguintes medidas: criação de barreiras sanitárias, que impeçam o ingresso de terceiros nos territórios indígenas, conforme plano a ser apresentado pela União, ouvidos os membros da Sala de Situação; criação de Sala de Situação, para gestão de ações de combate à pandemia quanto aos Povos Indígenas em Isolamento e de Contato Recente, com composição pelas autoridades que a União entender pertinentes, bem como por membro da Procuradoria-Geral da República, da Defensoria Pública da União e por representantes indígenas indicados pela APIB (BRASIL, 2020).

Além disso, definiu o STF as políticas em relação aos povos indígenas em geral: 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; imediata extensão dos serviços do Subsistema Indígena de Saúde aos povos aldeados situados em terras não homologadas; extensão dos serviços do Subsistema Indígena de Saúde aos povos indígenas não aldeados quando verificada barreira de acesso ao SUS geral; elaboração e monitoramento de um Plano de Enfrentamento da COVID-19 para os Povos Indígenas Brasileiros pela União, com a participação do Conselho Nacional de Direitos Humanos e dos representantes das comunidades indígenas (BRASIL, 2020).

Demonstrado o percurso percorrido pela investigação proposta, encaminha-se o breve ensaio ao momento das considerações finais, expondo as conclusões temporárias sobre o tema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

À vista da discussão apresentada, é possível reconhecer que o modo de enfrentamento da pandemia não deve ocorrer da mesma forma para todos. Há adequações no atendimento a populações diferentes que possibilitam maior efetividade das políticas públicas. A carga normativa que acompanha o direito à saúde dos povos indígenas é proporcional à urgência de implementação definitiva do Subsistema Indígena de Saúde.

Diante disso, espera-se ter contribuído para cumprir o papel que cabe à academia, qual seja, acirrar o debate, refutar determinados mitos e teses equivocadas, explicitar as divergências, tudo com base em um pensamento crítico alternativo.

BIBLIOGRAFIA:

BITENCOURT, Caroline. **Controle jurisdicional de políticas públicas**. Porto Alegre: Núria Fabris, 2013.

BRASIL. **Lei 9836 de 1999**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm#:~:text=%C3%89%20institu%C3%ADdo%20um%20Sub-sistema%20de,qual%20funcionar%C3%A1%20em%20perfeita%20integra%C3%A7%C3%A3o >. Acesso em 18 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico especial 26**. Disponível em: < <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/August/12/Boletim-epidemiologico-COVID-26.pdf> >. Acesso em 18 de agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Secretaria Especial de Saúde Indígena**. Disponível em: < <https://www.saude.gov.br/saude-indigena/sobre-a-sesai> >. Acesso em 18 de agosto de 2020.

BRASIL. STF. **ADPF 709**. Disponível em: < <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5952986> >. Acesso em 18 de agosto de 2020.

CUNHA JUNIOR, D. **Curso de Direito Constitucional**. 4. Ed. Salvador: Juspodivm, 2010.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas**. Disponível em: < https://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/DRIPS_pt.pdf >. Acesso em 18 de agosto de 2020.

Plataforma de monitoramento da situação indígena na pandemia do novo coronavírus (Covid-19) no Brasil. Disponível em: < <https://covid19.socioambiental.org/> >. Acesso em 18 de agosto de 2020.

SCHMIDT, J. P. **Exclusão, inclusão e capital social: o capital social nas ações de inclusão**. In: REIS, Jorge Renato (org.); LEAL, Rogério Gesta (org.). *Direitos sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos*. 1. ed. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008.

SERRA, A. **La gestión transversal: expectativas y resultados**. IX Congreso Internacional do CLAD Sobre a Reforma do Estado e da Administração Pública, 2004, Madri, Anais... Disponível em: < <http://www.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reformademocracia/articulos/032-junio-2005/0049633> >. Acesso em: 21 de janeiro de 2012.