



CÂMARA MUNICIPAL DE ACARAÚ

SITUAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/>	APROVADO
<input type="checkbox"/>	APROVADO COM EMENDA
<input type="checkbox"/>	REJEITADO
29/03/2019	
<i>[Assinatura]</i>	
VISTO	

REQUERIMENTO Nº 037/2019 DE 28 DE MARÇO DE 2019.

Excelentíssimos Senhor **EDINILTON LIMA ARAÚJO**,
DD. Presidente da Câmara Municipal de Acaraú-CE

CÂMARA MUNICIPAL DE ACARAÚ	
PROTOCOLO DE RECEBIMENTO	
28 MAR 2019	
Por:	<i>[Assinatura]</i>

Requerimento para que a Câmara Municipal registre em seus anais Moção de Repúdio à proposta de municipalização e estadualização do sistema de saúde pública indígena.

O governo federal anunciou aos povos indígenas, organizações indigenistas e ao Conselho Nacional de Saúde – órgão de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) – que estuda a possibilidade de municipalizar a política de atenção à saúde indígena, a começar pelas regiões Sul, Sudeste e Nordeste. Nas demais regiões, defende a estadualização do atendimento. Tal proposta foi objeto de protestos pelas comunidades indígenas de todo o país.

Para o Ministério da Saúde, as mudanças vão melhorar e qualificar a prestação dos serviços de saúde às populações indígenas, na cidade e nas aldeias, atualmente realizada por organizações da sociedade civil através de convênios com o Ministério da Saúde, intermediados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). Cumpre-se uma espécie de protocolo: no início de cada novo governo são discutidas mudanças relativas aos povos indígenas, em especial às políticas públicas dedicadas à atenção em saúde.

No âmbito das mudanças no modelo de prestação de serviços, a política de municipalização foi considerada em diversas ocasiões pelo fato do SUS ter como uma de suas lógicas de funcionamento a descentralização da assistência nos municípios, mas sempre foi combatida pelos povos indígenas e suas organizações, que se articulavam para evitar a sua concretização.

O principal argumento dos povos indígenas é de que precisam de uma atenção específica e diferenciada, conforme prevê o texto constitucional.

É sempre bom lembrar que a Constituição Federal assegura aos povos indígenas o direito de viverem de acordo com suas culturas, costumes, crenças, suas cosmovisões e suas organizações sociais. A legislação existente atribui à União a responsabilidade pela execução das políticas a serem desenvolvidas junto aos povos e comunidades respeitando tais diferenças e especificidades.

Também foi a Constituição de 1988 que criou o SUS, regulamentado pela Lei 8.080/90, onde se estabelece a vinculação da assistência em saúde ao Ministério da Saúde (MS). As propostas e princípios do SUS, em interface com a questão indígena e seu subsistema de saúde, estão embasados em quatro marcos referenciais: reciprocidade, eficácia simbólica, integralidade e autonomia –

[Assinatura]

ENTRADA EIM
29/03/2019
NO EXPEDIENTE
[Assinatura]



estabelecidos pela 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 1993, em Brasília. Pensados para o contexto de vida dos povos indígenas, estes quatro marcos referenciais são funcionais e servem como base para a criação de uma política diferenciada, que atenda às especificidades e aos anseios dos mais de 305 povos indígenas que vivem no Brasil.

No ano de 1999, com a edição do Decreto nº 3.156/99 e a aprovação da "Lei Arouca" (nº 9.836 de 23 de setembro de 1999), a política de saúde passou ao encargo do Ministério da Saúde. Esta lei afirma que: "o Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio", cujas ações seriam na época executadas pela Funasa. O texto legal determinou também que o governo federal instituisse o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tendo por base os 34 DSEIs (Distrito Sanitário Especial Indígena).

Para assegurar uma política diferenciada de atenção à saúde dos povos indígenas, precisam ser respeitadas as formas tradicionais de prevenção de doenças e manutenção da saúde, assim como os distintos conceitos de saúde e doença, do adoecimento, da cura, da garantia de condições de vida. Mas também é preciso investir na formação de profissionais de saúde indígena, sendo a capacitação e o acompanhamento destes respaldada, por um lado, na valorização dos conhecimentos históricos da medicina indígena e, por outro lado, no domínio de novos conhecimentos para que esses agentes realizem as ações concretas de prevenção, de informação ou de atendimento às comunidades em que atuam.

Neste momento, passados quase 20 anos da publicação da lei Arouca, que criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, os povos indígenas seguem na incerteza e insegurança quanto ao modo como se assegurará a atenção à saúde no governo Bolsonaro. Mesmo depois de terem sido realizadas cinco Conferências de Saúde Indígena, e nelas terem sido estabelecidas diretrizes e propostas para as políticas, pouco se avançou no sentido de consolidação de um modelo de atenção à saúde: diferenciado e participativo. Segue-se por um caminho sem direção determinada, e o mais grave, desconsiderando as discussões já realizadas em etapas locais e distritais da 6ª Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, que ocorreram em 2018, nas quais se priorizou a discussão e elaboração de propostas tendo em vista o fortalecimento do Subsistema de Atenção à Saúde.

Lamentavelmente, em meio à realização da 6ª Conferência, cuja etapa nacional se dará em maio de 2019, o governo federal anuncia mudanças nos rumos da política, propondo a municipalização e a estadualização da atenção à saúde aos povos indígenas, sem levar em conta as deliberações das conferências anteriores e, muito menos, as propostas que foram debatidas e aprovadas nas conferências distritais.

É importante destacar porque a municipalização e a estadualização não são alternativas viáveis para a política de saúde voltada aos povos indígenas. Listamos



abaixo alguns argumentos que demonstram porque tais alternativas têm potencial de desastre:

1 - As disposições constitucionais determinam que compete à União legislar sobre povos indígenas e, assim, cabe a ela estruturar um órgão de assistência que seja gestor e executor da política de atenção à saúde indígena;

2 - A Lei Arouca – nº 9.836 de 23 de setembro de 1999 – criou o Subsistema de Atenção à Saúde que tem por base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, tomando-os, em essência, a referência fundamental para o modelo de assistência. Vinculados ao SUS, a diferença é de que a descentralização não se vincula aos municípios e sim a desenhos diferenciados, visando atender às especificidades étnicas, culturais, geográficas e territoriais dos povos indígenas;

3 - As Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas deliberaram, ao longo das últimas décadas, que a política de atenção à saúde deve ser estruturada através do Subsistema, gestado pela União, e que nele deve haver participação das representatividades dos povos indígenas e de suas organizações no controle social, na elaboração das políticas, no planejamento e execução orçamentários e nas ações da gestão;

4 - Os povos indígenas vêm se posicionando recorrentemente contra a municipalização da assistência por razões políticas, econômicas, culturais e estruturais, tais como: as mudanças nas administrações municipais, que ocorrem a cada quatro anos, a falta de qualificação dos quadros municipais para uma atenção específica, considerando as diferenças étnicas e culturais, as carências relativas às estruturas físicas e financeiras para atendimento das demandas das comunidades e, ainda, a falta de profissionais em saúde capacitados e disponíveis para esse tipo de serviço;

5 - As administrações públicas municipais, em geral, possuem vínculos estreitos com setores da política e da economia locais que, ao longo da história, fazem oposição aos direitos indígenas, especialmente aqueles relativos às demarcações de terras, e essa influência externa geralmente consolida relações de conflito e de intolerância contra lideranças, comunidades e povos indígenas;

6 - O preconceito, o racismo e a intolerância – alimentados por aqueles que discordam dos direitos indígenas e não os aceitam em suas diferenças étnicas e culturais – contaminam as administrações públicas locais (municipais e até estaduais) e as tornam inviáveis como gestoras, administradoras e executoras das políticas para os povos indígenas.

Para a garantia da vida e de um adequado atendimento, é necessário investir no aperfeiçoamento do modelo atual, que tem por base o subsistema específico e diferenciado, assim como na consolidação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).



CÂMARA MUNICIPAL DE
ACARAÚ

Por todo o exposto, REQUEIRO à Douta Mesa, depois de ouvido o soberano Plenário, na forma regimental, que a presente Moção de Repúdio à proposta de municipalização e estadualização do sistema de saúde pública indígena receba o beneplácito dos Nobres Pares e, que conste na íntegra no Livro de Atas das Sessões desta Casa das Leis, e ainda, que do deliberado seja dado ciência ao Deputado Estadual Elmano de Freitas, Deputado Federal José Airtom e ao Presidente do Congresso Nacional.

Temos em que,

P. Deferimento.

Salas das Sessões da Câmara Municipal de Acaraú, aos 28 de Março de 2019.


José Nacélio Couto Cruz
Vereador (PT)