



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

PROCURADORIA GERAL DA REPÚBLICA

6ª CÂMARA DE COORDENAÇÃO E REVISÃO – POPULAÇÕES INDÍGENAS E COMUNIDADES

TRADICIONAIS

GRUPO DE TRABALHO - SAÚDE INDÍGENA

NOTA Nº /2016-6CCR

REFERÊNCIA	Portaria nº 1.907, de 17 de outubro de 2016, do Ministério da Saúde
EMENTA	Revogação da Portaria nº 475, de 16 de março de 2011, que delegava à SESAI atos de gestão orçamentaria e financeira, atribuição que era subdelegada aos Coordenadores dos DSEI.

1. RELATÓRIO

1. Trata-se de nota técnica que tem por objeto a análise da constitucionalidade e da legalidade da Portaria nº 1.907, de 17 de outubro de 2016, do Ministério da Saúde, a qual revogou a Portaria nº 475, de 16 de março de 2011, que delegava à SESAI atos de gestão orçamentária e financeira, atribuição, por sua vez, subdelegada aos Coordenadores dos DSEI's, por meio da Portaria nº 33, de 22 de maio de 2013.

2. Em razão da publicação da portaria, o Secretário Especial de Saúde Indígena – SESAI/MS expediu o Memorando-Circular nº 76/2016-GAB/SESAI/MS aos Coordenadores dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, com o seguinte comunicado:

“1. Considerando a publicação da Portaria nº 1.907, de 17 de outubro de 2016, que revogou a portaria nº 475 de 16 de março de 2011, que delegava à Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI atos de gestão orçamentária e financeira;

2. As atribuições do ordenador de despesa, as quais foram subdelegadas aos Coordenadores dos DSEI, por meio da Portaria nº 33, de 22 de maio de 2013, também estão revogadas, assim, desde o dia 18 de outubro de 2016 todos os DSEI's não poderão mais emitir notas e créditos e de empenho, e anulação de recursos orçamentários; ordenar a realização de despesa e conceder suprimento de fundos; conceder diárias; requisitar em objeto de serviço passagens e transporte por qualquer via ou meio, de pessoas e bagagens, devendo, inclusive, suspender todos os pregões que estão em andamento, adjudicados ou homologados, e submetê-los ao gabinete da SESAI para as devidas providências.”

3. Com essa medida, o Ministério da Saúde retirou a autonomia da SESAI e, conseqüentemente, dos DSEI's. O ato prejudica, sem respeito aos direitos à consulta e à participação, os avanços na gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, representados por sua autonomia e descentralização, conquistadas durante décadas, a partir de reivindicações dos povos indígenas.

4. No plano jurídico, a portaria constitui violação à Constituição, à Convenção nº 169 da OIT e à Lei 8.080/90 (com redação dada pela Lei nº 9.836/99), especificamente em razão do desrespeito aos princípios da eficiência e do não-retrocesso. Viola-se ainda o direito fundamental à saúde e afronta-se a organização do Subsistema e a necessidade de consulta livre, prévia e informada para realização de qualquer ato administrativo ou legislativo que afete interesse e direitos dos povos indígenas.

5. Como se demonstrará, a revogação da delegação, na contumácia da eficiência, pode implicar quadro caótico no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, haja vista que os DSEI's ficarão em situação de ociosidade, apesar de contarem com estrutura razoavelmente adequada para executar atos de gestão orçamentária e financeira, ao passo que a centralização no Ministério da Saúde trará prejuízos à agilidade e à qualidade prestação da saúde.

6. É o breve relato.

2 FUNDAMENTAÇÃO

2.1 Aspectos gerais da política de atenção básica à saúde indígena

7. A Constituição da República de 1988 consagrou o multiculturalismo, reconhecendo aos índios, no art. 231, aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições. Com objetivo de garantir políticas de saúde específicas aos povos indígenas, de modo a concretizar a determinação constitucional, a Lei nº 9.836/99, também conhecida como Lei Arouca, criou o Subsistema do SUS (Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASI), buscando prover atenção à saúde aos povos indígenas, através de unidades operacionais, isto é, os 34 Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígenas – DSEI's (art. 19-G, § 1º, da Lei nº 8.080/90).

8. Por força de disposição legal expressa (art. 19-F da Lei nº 8.080/90), a lei impõe aos DSEI's, como princípio básico, levar em consideração obrigatoriamente “a realidade local e 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”.

9. No art. 19 – G da Lei nº 8.080/90, é previsto que “o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado”, tendo por “base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas”.

10. A legislação tem como mérito respeitar a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas, mediante abordagem diferenciada para cada grupo de etnias. Não por outra razão, os 34 DSEI's são arquitetados para permitir que cada um dos entes executores tenha condições de se estruturar conforme o grupo (ou grupos), segundo o perfil epidemiológico de doenças e agravos, além da dispersão geográfica e das especificidade culturais.

11. Assim, a descentralização e a regionalização, enquanto princípios constitucionais, recebem no subsistema pleno cumprimento, de modo a se ob-

servar as características culturais de cada grupo étnico, nos DSEI's (a base do Subsistema). Tal regramento tem forte amparo no princípio da eficiência, haja vista que uma estrutura centralizada em Brasília, distante das peculiaridades das demandas regionalizadas e dos meios da prestação do serviço, sobretudo em se tratando daquele prestado nas aldeias, acarreta burocratização, ineficiência e retrocesso inadmissíveis.

2.2 Da violação ao direito fundamental à saúde.

12. O orçamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena saltou de R\$ 350,8 milhões, em 2011, para mais de R\$ 1 bilhão de reais, em 2014. Para executar com eficiência os recursos, e atendendo à reivindicação do movimento indígena, foi subdelegada, por meio da Portaria nº 33 da SESAI, de 22 de maio de 2013, a competência aos Coordenadores dos DSEI's para: 1) emitir Notas e Crédito e de Empenho, bem como as respectivas Notas de Anulação de recursos orçamentários, atribuídos ou cedidos à Secretaria Especial da Saúde Indígena; 2) ordenar a realização de despesas e conceder suprimento de fundos, observada a legislação em vigor; 3) conceder diárias na forma das normas legais e regulamentos pertinentes; 4) requisitar em objeto de serviço, passagens e transporte por qualquer via ou meio, de pessoas cargas e bagagens.

13. O aumento se fazia indispensável e, para a boa execução orçamentária, foi concretizada a delegação de gestão aos DSEI's. A descentralização, além de atender à Constituição e à Lei, também foi o mecanismo para buscar organizar e permitir gestão eficiente, diante do aumento de recursos e da necessidade de adequar o uso dessas verbas às especificidades da demanda em cada um dos DSEI's.

14. A Portaria n.º 1.907/2016 implica a adoção de método de gestão de recursos públicos menos eficiente, ao centralizar o papel de ordenador de despesas em unidade distante da realidade e das peculiaridades epidemiológicas e de demandas locais, o que representa retrocesso vedado pelo ordenamento jurídico.

15. A centralização, sem qualquer organização prévia, atividade intensa de ordenação de despesas, certamente acarretará, pelo atraso na tomada de decisão quanto à aplicação das verbas, a completa paralisação da política de saúde, com riscos inaceitáveis e irreversíveis ao direito fundamental à saúde dos povos indígenas.

16. O Memorando-Circular nº 76/2016-GAB/SESAI/MS é claro no sentido de determinar a suspensão de todos os pregões que estão “em andamen-

to, adjudicados ou homologados, e submetê-los ao gabinete da SESAI para as devidas providências.” Não há ressalva sequer para situações urgentes que possam gerar riscos à integridade física dos pacientes.

17. Eventual tentativa de garantir a lisura e legalidade das contratações e, de modo geral, da realização de despesas é louvável, devendo ser estimulada. Em nenhuma hipótese, contudo, a este pretexto, está o administrador público autorizado a colocar em risco a vida do cidadão, desconsiderando a estrutura e os diversos fluxos de custeio atualmente existentes.

18. Como se sabe, diariamente, são necessários transportes de passageiros para fins de atendimento em rede de referência, de média e alta complexidade, além do pagamento de diárias (para garantir o atendimento de casos, muitas vezes, urgentes) e tantos outros gastos inadiáveis.

19. Além disso, **apesar das situações de emergência e urgência trazerem maior preocupação, mesmo a suspensão dos serviços de saúde não urgentes, tais quais consultas de rotina em especialidades médicas, não é razoável sob o argumento de se reorganizar a administração.** A reformulação de rotinas administrativas deve ser empreendida sem prejuízo da regular prestação do serviço de atenção à saúde.

20. Não é dado ao Estado, ainda que sob o argumento de regularização da gestão, suspender, **total ou parcialmente**, o exercício de direitos fundamentais. Trata-se de verdadeiro “estado de sítio” em que os direitos fundamentais à saúde e à vida serão indevidamente negados. Não é demais lembrar que o art. 5º, *caput*, da Constituição, impõe a inviolabilidade do direito à vida, ao passo que o art. 6º consagra expressamente o direito à saúde como direito fundamental social.

21. O art. 196 da Constituição impõe ao Estado o dever de garantir **a todos** o direito à saúde, mediante **acesso universal** igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. No plano infraconstitucional, o art. 2º da Lei nº 8.080/90 prevê que a “saúde é um **direito fundamental do ser humano**, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, sendo reproduzida a necessidade de respeito ao seu caráter **universal e igualitário**.

22. À vista do exposto, não pode o Estado negar o exercício o direito à saúde a ninguém, ainda que parcial e temporariamente. A situação é ainda mais absurda pois direcionada a um grupo étnico específico.

2.3 Da violação ao princípio da eficiência e às recomendações do tribunal de contas da união

23. A Portaria nº 1.907, de 17 de outubro de 2016, também incorre em grave violação ao princípio constitucional da eficiência, previsto no art. 37 da Constituição da República e reproduzido no art. 2º da Lei nº 9.784/99. Como já demonstrado, não é factível que o Ministério da Saúde, desconsiderando toda estrutura disponível dos DSEI's, consiga executar toda a atividade com a mesma eficiência. Além da violação de vários dispositivos que organiza o subsistema, também se viola o art. 8º da Lei nº 8.080/90 (que encontra consonância no art. 198 da CR/88), *in verbis*:

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

24. A organização do sistema busca garantir que a gestão seja realizado, em todos os âmbitos, de modo a se efetivar a política de saúde com eficiência e efetividade, o que certamente se perderá com a nova portaria.

25. A título de exemplo, no ano de 2016, apenas na “Ação Governo: 20YP:Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde Indígena”, o montante de despesas empenhadas foi de R\$ 1.098.736.258,21, sendo no âmbito da Sesai (incluindo os DSEI's) a quantia de R\$ 536.969.078,57. **Destes últimos, atualmente apenas R\$ 2.432.608,27 (0,5% de todo o orçamento da Sesai nesta ação) é executado diretamente pela Secretaria, ao passo que o restante (99,5%) fica sob a gestão dos DSEI's.** Na mesma linha, a “Ação 7684:Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos” tem uma dotação inicial, no ano de 2016, **de R\$ 52.000.000,00 que fica integralmente a cargo dos DSEI's.** Abaixo se demonstra o quadro das duas ações.

Programa Governo: 2065:PROTECAO E PROMOCAO DOS DIREITOS DOS POVOS INDIGENAS

Ação Governo: 20YP:PROMOCAO, PROTECAO E RECUPERACAO DA SAUDE INDIGENA

Unidade Orçamentária 36901 – FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

Mês Lançamento: Total

Metric: Saldo Atual - R\$ (Item Inf.)

UG Executora	PROJETO INICIAL DA LOA - FIXACAO DESPESA	DOTACAO INICIAL	DOTACAO ATUALIZADA	CREDITO INDISPONIVEL	DESPESAS EMPENHADAS	%	DESPESAS LIQUIDADAS	%	DESPESAS PAGAS	%
120006	GRUPAMENTO DE APOIO DE BRASILIA				5.950,00	0,00%		0,00%		0,00%
120071	CENTRO LOGISTICO DA AERONAUTICA				299.013,00	0,03%	299.013,00	0,03%	299.013,00	0,03%
120076	BASE AEREA DE SANTA MARIA				920,00	0,00%	707,60	0,00%	707,60	0,00%
120090	COMISSAO AERONAUTICA BRASILEIRA EM WASHINGTON				376.113,15	0,03%	193.468,17	0,02%	193.468,17	0,02%
120195	GRUPAMENTO DE APOIO LOGISTICO				892.959,09	0,08%	688.561,42	0,07%	688.561,42	0,07%
120645	NUCLEO DO GRUPAMENTO DE APOIO DO GALEAO				6.413,55	0,00%		0,00%		0,00%
154040	FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA - FUB				300.823,68	0,03%	19.333,52	0,00%	16.656,52	0,00%
160008	CENTRO DE EMBARCACOES DO COM.MIL.DA AMAZONIA				39.531,82	0,00%	32.163,92	0,00%	30.963,92	0,00%
160014	COMANDO 12 REGIAO MILITAR				51.699,00	0,00%		0,00%		0,00%
160018	12. BATALHAO DE SUPRIMENTO				81.774,39	0,01%	79.760,50	0,01%	79.760,50	0,01%
160069	COMANDO LOGISTICO				34.999,65	0,00%		0,00%		0,00%
160167	53 BATALHAO DE INFANTARIA DE SELVA				71.237,50	0,01%	69.315,24	0,01%	68.437,64	0,01%
160515	COMANDO DA 2A BRIGADA DE INFANTARIA DE SELVA				2.000,00	0,00%	2.000,00	0,00%		0,00%
160548	COMANDO DE OPERACOES TERRESTRES - UG				9.942,85	0,00%	4.461,39	0,00%	2.942,85	0,00%
250005	DEPARTAMENTO DE LOGISTICA EM SAUDE - DLOG			5.586.240,55	12.105.567,50	1,10%	9.618.433,51	0,99%	9.618.433,51	0,99%
250028	NUCLEO ESTADUAL DO MS/PR				46.779,77	0,00%	46.779,77	0,00%	46.779,77	0,00%
250110	COORDENACAO-GERAL DE MATERIAL E PATRIMONIO			144.033,92	99.881.915,63	9,09%	83.143.191,76	8,52%	82.922.741,87	8,55%
257001	DIRETORIA EXECUTIVA DO FUNDO NAC. DE SAUDE	1.438.000.000,00	1.438.130.000,00	1.438.130.000,00	190.489.089,00	44,73%	444.059.539,06	45,51%	444.059.539,06	45,79%
257020	SECRETARIA ESPECIAL DE SAUDE INDIGENA - SESAI				2.432.608,27	0,5%	1.119.507,84	0,26%	1.119.507,84	0,26%
257021	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - ALTO RIO JURUA				8.322.419,32	1,5%	7.022.006,07	1,61%	7.022.006,07	1,63%
257022	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - ALTO PURUS				9.667.161,35	1,8%	6.552.073,63	1,50%	6.548.295,48	1,52%
257023	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA AL/SE				8.926.306,11	1,7%	7.597.025,30	1,74%	7.572.485,04	1,75%
257024	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - ALTO RIO NEGRO				8.078.994,82	1,5%	7.749.337,52	1,77%	7.749.337,52	1,79%
257025	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - ALTO SOLIMOES				12.758.613,64	2,4%	7.720.379,34	1,77%	7.720.379,34	1,79%
257026	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - JAVARI				9.954.698,52	1,9%	5.556.246,83	1,27%	5.556.246,83	1,29%
257027	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - MANAUS				16.513.063,63	3,1%	12.125.838,76	2,77%	12.125.838,76	2,81%
257028	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - MEDIO PURUS				9.016.852,07	1,7%	6.458.972,41	1,48%	5.721.171,99	1,33%
257029	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - MEDIO SOLIMOES				9.501.916,43	1,8%	7.268.065,53	1,66%	7.258.187,17	1,68%
257030	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - PARINTINS				10.873.294,48	2,0%	7.706.663,90	1,76%	7.706.663,90	1,78%
257031	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - AMAPA			0,00	15.704.166,39	2,9%	12.137.782,50	2,77%	12.135.980,35	2,81%
257032	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - BAHIA				13.391.995,69	2,5%	12.364.666,12	2,83%	12.266.533,37	2,84%
257033	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - CEARA				11.133.922,71	2,1%	8.674.269,54	1,98%	8.674.269,54	2,01%
257034	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - MARANHAO				10.185.652,67	1,9%	7.916.884,24	1,81%	7.916.884,24	1,83%
257035	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - MG/ES				15.498.006,79	2,9%	12.373.382,82	2,83%	12.373.382,82	2,87%
257036	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA MATO GROSSO SUL				25.927.424,28	4,8%	23.314.445,93	5,33%	23.314.445,93	5,40%
257037	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - ARAGUAIA			0,00	14.507.172,26	2,7%	12.311.802,05	2,81%	12.311.802,05	2,85%
257038	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA KAIAPO MT GROSSO				13.639.275,83	2,5%	11.053.352,68	2,53%	11.050.720,18	2,56%
257039	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - CUIABA				24.684.644,50	4,6%	21.530.190,03	4,92%	19.494.035,41	4,51%
257040	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - XAVANTE				16.464.023,97	3,1%	14.325.300,85	3,28%	14.306.677,10	3,31%
257041	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - XINGU				22.830.638,43	4,3%	18.600.574,70	4,25%	17.896.109,94	4,14%
257042	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - ALTAMIRA				8.118.985,64	1,5%	7.221.624,34	1,65%	7.010.561,47	1,62%
257043	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA GUAMA TOCANTINS				20.393.734,91	3,8%	16.832.335,05	3,85%	16.832.335,05	3,90%
257044	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - KAIAPO REDENCAO				12.160.714,27	2,3%	10.002.770,44	2,29%	9.974.266,97	2,31%
257045	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - TAPAJOS				22.318.637,42	4,2%	17.362.240,78	3,97%	15.745.877,80	3,65%
257046	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - POTIGUARA				5.442.259,85	1,0%	4.237.219,16	0,97%	4.237.219,16	0,98%
257047	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - PERNAMBUCO				15.238.423,99	2,8%	10.627.988,39	2,43%	10.601.977,05	2,46%
257048	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - LITORAL SUL				14.425.689,18	2,7%	12.347.739,80	2,82%	12.345.191,35	2,86%
257049	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - PORTO VELHO				17.382.655,15	3,2%	12.775.663,83	2,92%	12.775.045,01	2,96%
257050	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - VILHENA				16.333.025,74	3,0%	12.966.659,02	2,96%	12.966.659,02	3,00%
257051	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - LESTE RR				33.342.876,42	6,2%	29.209.481,34	6,68%	29.117.125,84	6,74%
257052	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - YANOMAMI				48.923.388,80	9,1%	45.525.796,03	10,41%	45.522.891,32	10,54%
257053	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - INTERIOR SUL				23.597.355,47	4,4%	18.819.341,95	4,30%	18.819.341,95	4,36%
257054	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - TOCANTINS				9.278.479,57	1,7%	7.996.138,65	1,83%	7.996.138,65	1,85%
SOMA DOS DSEI'S					534.536.470,30	99,5%	436.284.259,53	99,74%	430.666.083,67	99,74%
TOTAL DOS DSEI'S MAIS A SESAI					536.969.078,57	100,0%	437.403.767,37	100,0%	431.785.591,51	100,00%
TOTAL DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE		1.438.130.000,00	1.438.130.000,00	196.219.363,47	1.098.736.258,21	-	975.660.496,23	-	969.813.597,34	-

Fonte: Siasi Gerencial, Consulta em 21/10/2016.

Programa 2065 - 20yp 7684

Programa Governo: 2065:PROTECAO E PROMOCAO DOS DIREITOS DOS POVOS INDIGENAS

Ação Governo: 7684:SANEAMENTO BASICO EM ALDEIAS INDIGENAS PARA PREVENCAO E CONT

Mês Lançamento: OUT/2016

Metrics: Saldo Atual - R\$ (Item Inf.)

UG Executora		PROJETO INICIAL DA LOA - FIXACAO DESPESA	DOTACAO INICIAL	DOTACAO ATUALIZADA	CREDITO INDISPONIVEL	DESPESAS EMPENHADAS	DESPESAS LIQUIDADAS	DESPESAS PAGAS
257001	DIRETORIA EXECUTIVA DO FUNDO NAC. DE SAUDE	60.000.000,00	53.000.000,00	53.250.000,00	15.000.000,00			
257021	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - ALTO RIO JURUA					15.000,00		
257022	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - ALTO PURUS					198.412,22	120.986,59	120.986,59
257023	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA AL/SE					2.359.903,26	1.771.472,42	1.771.472,42
257024	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - ALTO RIO NEGRO					54.561,01		
257025	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - ALTO SOLIMOES					753.297,85	252.245,00	252.245,00
257026	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - JAVARI					16.419,05	12.695,55	12.695,55
257027	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - MANAUS					1.401.267,41	925.598,77	925.598,77
257029	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - MEDIO SOLIMOES					136.805,98	27.465,98	27.465,98
257032	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - BAHIA					1.609.803,74	916.890,88	916.890,88
257033	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - CEARA					349.677,13	80.600,74	80.600,74
257034	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - MARANHAO					1.184.298,62	757.239,76	757.239,76
257035	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - MG/ES					1.233.991,20	817.075,37	817.075,37
257036	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA MATO GROSSO SUL					441.048,20	372.285,77	372.285,77
257037	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - ARAGUAIA					1.012.680,95	339.572,40	339.572,40
257038	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA KAIAPO MT GROSSO					102.347,34	72.437,72	72.437,72
257039	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - CUIABA					2.784.224,69	1.411.691,62	641.413,81
257040	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - XAVANTE					1.351.877,64	828.795,10	828.795,10
257041	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - XINGU					192.738,14	26.746,44	26.746,44
257042	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - ALTAMIRA					1.238.336,67	1.114.499,97	1.114.499,97
257043	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA GUAMA TOCANTINS					2.680.005,83	1.875.531,43	1.875.531,43
257044	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - KAIAPO REDENCAO					796.010,16	707.401,93	707.401,93
257045	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - TAPAJOS					1.022.074,64	573.813,68	552.987,98
257046	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - POTIGUARA					481.028,30	242.332,45	242.332,45
257047	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - PERNAMBUCO					1.363.953,15	1.110.676,24	1.110.676,24
257048	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - LITORAL SUL					523.891,89	513.490,46	513.490,46
257049	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - PORTO VELHO					122.282,24	34.453,96	34.453,96
257050	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - VILHENA					148.774,15		
257051	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - LESTE RR					735.599,97	53.100,00	53.100,00
257052	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - YANOMAMI					18.845,73	16.990,89	16.990,89
257053	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - INTERIOR SUL					2.563.680,25	648.035,68	648.035,68
257054	DISTRITO SANIT.ESP.INDIGENA - TOCANTINS					416.827,56	107.386,80	107.386,80
Total		60.000.000,00	53.000.000,00	53.250.000,00	15.000.000,00	27.309.664,97	15.731.513,60	14.940.410,09

26. Tal volume de gastos hoje descentralizados demonstra que a Portaria ocasionará o colapso ao Subsistema de Saúde Indígena, haja vista que toda a estrutura dos DSEI's, disponível e capacitada para execução de tais gastos, será inutilizada, ao passo que os recursos serão geridos de modo concentrado em órgão que não dispõe de capacidade técnica e operacional para considerar as particularidades de cada localidade.

27. Além de violar o art. 198, I, da Constituição, a Portaria implica a absoluta impossibilidade de gestão adequada e eficiente dos recursos. Aliás, importante que se ressalte que o Relatório de Auditoria sobre “Ação Atenção à Saúde dos Povos Indígenas”, elaborado pelo Tribunal de Contas da União¹, em 2009, conclui pela premente necessidade de descentralização e fortalecimento dos DSEI’s. Nesse sentido, colaciona-se trecho das propostas de encaminhamento:

I – Seja determinado ao Ministério da Saúde que:

a. as ações e serviços de saúde indígena devam ser prestados de forma direta principalmente pela União, criando uma estrutura adequada para o cumprimento dessa missão, de acordo com a Lei 9.836/99 e o Decreto 3.156/99;

b; os DSEI sejam transformados em Unidades Gestoras para que ele possa ser de fato a base do Subsistema de Saúde Indígena, de acordo com o § 1º do artigo 19-G da Lei 9.836/99, e de forma que a responsabilidade e as ações de saúde para o índio possam recair de forma mais clara no poder da União e o gestor tenha mais governabilidade para prestar um serviço de qualidade ao indígena, de acordo com a Lei 9.836/99, o Decreto 3.156/99 e os artigos 37 e 70 da CF/88;

28. Como demonstrado, a organização dos 34 DSEIs não se dá aleatoriamente, mas é traçada por razões epidemiológicas e de especificidades geográficas e culturais, buscando proporcionar eficiência e qualidade na prestação do serviço de saúde. Os critérios de regionalização são técnicos e foram construídos ao longo do tempo com base em conhecimento adquirido na prestação de serviços de saúde, sempre com participação dos povos indígenas.

29. Por tal razão, a centralização viola frontalmente a lógica do sistema e os avanços obtidos nos últimos 10 anos. Sobre os problemas encontrados, narra o relatório:

1.1.12 Foram constituídos 34 dessas unidades descentralizadas em todo país, no âmbito do Subsistema. Constatou-se, nesse trabalho, que os DSEI sofrem diretamente as consequências da não-assunção por parte da União do papel principal na atenção à saúde dos indígenas. O recurso orçamentário e financeiro que é destinado para região abrangida por um determinado Distrito

¹Relatório de fiscalização decorrente dos Acórdãos 1.593/2005-Plenário (TC 007.460/2006-8), sobre a verificação da efetividade na aplicação de recursos federais em ações assistenciais e de saúde aos povos indígenas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.

Sanitário não é canalizado para unidade descentralizada da União. Além disso, o DSEI não é Unidade Gestora, por isso depende da Coordenação Regional da FUNASA para executar grande parte de suas despesas. Logo, o **Distrito Sanitário Especial não cumpre o papel de base do Subsistema, conforme está determinado pelo § 1º do art. 19-G da Lei 9.836/99**. Esse modelo prejudica a efetividade do programa.

(...)

1.1.14 O DSEI, que deveria ser a base do Subsistema, segundo o § 1º do artigo 19-G da Lei 9.836/99, não tem acesso a, praticamente, nenhum recurso financeiro e, dessa maneira, tem uma capacidade mínima de realizar a gestão das ações básicas de saúde do índio no âmbito de seu Distrito.

1.1.15 O chefe do DSEI, nesse modelo atual, depende orçamentária e financeiramente da Coordenação Regional da FUNASA que por sua vez tem sua atenção dividida entre as atividades de saúde par ao índio e as ações de saneamento básico. Esse gestor precisa ainda se articular politicamente com os vários prefeitos de sua área de competência e também, com os responsáveis pelas ONGs conveniadas, para tentar cumprir a sua missão de prestar assistência básica à população indígena. Tudo isso parece ofender à razoabilidade uma vez que a base territorial do DSEI (que obedece a uma lógica de perfil epidemiológico e de prestação do serviço) é distinta das ONGs (que obedece à lógica da conveniência de seus associados) e das Prefeituras (que obedece a uma lógica política); outrossim, parece ofender à estrutura administrativa preconizada pelo ordenamento jurídico, uma vez que todo esse recurso deve ser aplicado na atenção básica do índio, **com execução pela União, sendo o DSEI a base do Subsistema**.

1.1.18 Dessa forma, o Subsistema estará funcionando dentro da legalidade, pois a União estará executando o papel principal na atenção à saúde do índio. A responsabilidade local pelos serviços estará claramente definida na figura do Chefe do DSEI, facilitando o controle social e institucional no âmbito do distrito. (...)

1.1.19 Espera-se, como benefícios derivados da implantação dessas medidas, a economia de dinheiro público, aumento na efetividade do programa e melhoria na gestão do Subsistema de Saúde Indígena.

30. Agora, com a Portaria nº 1.907/2016, o próprio Ministério da Saúde, naquele momento destinatário da recomendação para garantia da descentralização do serviço, retrocede e viola todas constatações de falhas sistêmicas

então encontradas.

31. Ressalte-se que em nenhuma hipótese também se admitiria que a resolução do problema se desse mediante repasse da execução da atenção básica na saúde indígena aos municípios, uma vez que se trata de serviço de competência da União, que o deve realizar diretamente, por meio dos DSEI's instituídos. Tal hipótese deve ser, portanto, de plano descartada, uma vez violaria o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que está previsto em lei (§1º do artigo 19-G da Lei 9.836/99), situando o DSEI como base do Subsistema. Essa questão também foi abordada no referido relatório do TCU:

1.1.20 Cabe ressaltar que a ação afirmativa que criou o Subsistema de Saúde Indígena só pode ser revogada Congresso Nacional, uma vez que foi estabelecida por meio da Lei 9.836/99. O Poder Executivo possui competência e legitimidade para a organização administrativa dos serviços prestados pela União desde que não implique em aumento de despesa (art. 84, VI, "a", da CF). Contudo, tal competência é do chefe do Poder, mediante Decreto, e não do Ministro de Estado da Saúde, mediante Portaria. Além disso, reitera-se que tal competência de organização administrativa não autoriza a eliminação, por meio de decreto ou de outro ato administrativo, do direito subjetivo das comunidades indígenas frente à União a um serviço de saúde complementar ao SUS, e diferenciado, conforme estabelecido na lei.

1.1.21. Finalmente, destaca-se que **qualquer tentativa do Poder Executivo em enquadrar o atendimento do indígena apenas no âmbito do SUS é ilegítima, ilegal e sujeita a União à responsabilização pela inoperância do Subsistema. Da mesma forma, a canalização dos recursos da atenção básica do Subsistema para as prefeituras, mesmo que sejam mantidos os serviços referentes à ação afirmativa do estado perante os indígenas fere flagrantemente o § 1º do artigo 19-G da Lei 9.836/99, que coloca o DSEI como base do Subsistema,** o artigo 19-E da Lei 9.836/99, que enquadra a participação dos municípios como de caráter complementar, e o artigo 1º do Decreto 3.156/99, que reafirma a obrigação da União na execução das ações de saúde para o indígena.

32. Dessa forma, conclui-se que, além de ineficiente, a alteração é claramente ilegal, sendo necessária a urgente revogação da Portaria nº 1.907/2016.

2.3 Da violação à consulta livre, prévia e informada

33. A Convenção 169 da OIT, incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro pelo Decreto nº 5.051/2004, possui natureza de ato normativo supralegal, tendo em vista tratar-se de tratado internacional de Direitos Humanos (STF, RE 466.343/SP).

34. Entre outras obrigações, o diploma impõe que medidas legislativas ou administrativas suscetíveis de afetar diretamente os povos indígenas dependam de consulta livre, prévia e informada, para que possam exercer o direito de escolha das suas próprias prioridades, sobretudo em matéria de saúde. Ademais, determina que os governos adotem medidas em cooperação com os povos interessados para proteger e preservar o meio ambiente dos territórios que eles habitem, nos termos dos artigos 6º e 7º da mencionada Convenção.

35. Com efeito, o Artigo 6º do referido tratado assim dispõe:

1. Ao aplicar as disposições da presente Convenção, os governos deverão:

a) consultar os povos interessados, mediante procedimentos apropriados e, particularmente, através de suas instituições representativas, cada vez que sejam previstas medidas legislativas ou administrativas suscetíveis de afetá-los diretamente;

b) estabelecer os meios através dos quais os povos interessados possam participar livremente, pelo menos na mesma medida que outros setores da população e em todos os níveis, na adoção de decisões em instituições efetivas ou organismos administrativos e de outra natureza responsáveis pelas políticas e programas que lhes sejam concernentes;

c) estabelecer os meios para o pleno desenvolvimento das instituições e iniciativas dos povos e, nos casos apropriados, fornecer os recursos necessários para esse fim.

2. As consultas realizadas na aplicação desta Convenção deverão ser 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.

36. O item 1. a) do Artigo 6º é claro ao impor o dever do Estado de realizar a consulta dos povos interessados, *mediante procedimientos apropiados*, **cada vez que sejam previstas medidas administrativas ou legislativas** suscetíveis de afetá-los diretamente.

37. Ademais, o item 2 prevê que as consultas serão realizadas conforme a boa-fé, fortalecendo, mais uma vez, a necessidade de que ocorram de maneira apropriada às circunstâncias, com o objetivo de se chegar a um acordo e conseguir o consentimento acerca das medidas propostas.

38. Do mesmo modo, o direito de consulta encontra-se consagrado na Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas, *litteris*:

Artigo 19. Os Estados consultarão e cooperarão de boa-fé com os povos indígenas interessados, por meio de suas instituições representativas, a fim de obter seu consentimento livre, prévio e informado antes de adotar e aplicar medidas legislativas e administrativas que os afetem.

39. Na Declaração, além de se exigir a boa-fé para aplicação de medidas legislativas (e também administrativas) que afetem aos povos indígenas, há o registro expresso de que o consentimento deve ser *livre, prévio e informado*.

40. A realização da consulta em momento prévio à adoção de qualquer medida é imprescindível, sob pena de se transformá-la em mero procedimento protocolar, em que os principais interessados são afastados da fase de elaboração do ato administrativo ou da política pública.

41. Permitir que o grupo diretamente afetado emita sua posição apenas em fase posterior à decisão administrativa prejudica sua efetiva participação e reduz significativamente o caráter democrático do processo. Nesse sentido, já decidiu a Corte Interamericana de Direitos Humanos, no caso “Kichwa de Sarayaku vs Ecuador”:

166. La obligación de consultar a las Comunidades y Pueblos Indígenas y Tribales sobre toda medida administrativa o legislativa que afecte sus derechos reconocidos en la normatividad interna e internacional, así como la obligación de asegurar los derechos de los pueblos indígenas a la participación en las decisiones de los asuntos

que conciernan a sus intereses, está en relación directa con la obligación general de garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos reconocidos en la Convención (artículo 1.1).(…) De este modo, los Estados deben incorporar [l]os estándares [internacionales] dentro de los procesos de consulta previa, a modo de generar canales de diálogos sostenidos, efectivos y confiables con los pueblos indígenas en los procedimientos de consulta y participación a través de sus instituciones representativas.

167. Puesto que el Estado debe garantizar estos derechos de consulta y participación en todas las fases de planeación y desarrollo de un proyecto que pueda afectar el territorio sobre el cual se asienta una comunidad indígena o tribal, u otros derechos esenciales para su supervivencia como pueblo, estos procesos de diálogo y búsqueda de acuerdos deben realizarse desde las primeras etapas de la elaboración o planificación de la medida propuesta, a fin de que los pueblos indígenas puedan verdaderamente participar e influir en el proceso de adopción de decisiones, de conformidad con los estándares internacionales pertinentes. En esta línea, el Estado debe asegurar que los derechos de los pueblos indígenas no sean obviados en cualquier otra actividad o acuerdos que haga con terceros privados o en el marco de decisiones del poder público que afectarían sus derechos e intereses. Por ello, en su caso, corresponde también al Estado llevar a cabo tareas de fiscalización y de control en su aplicación y desplegar, cuando sea pertinente, formas de tutela efectiva de ese derecho por medio de los órganos judiciales correspondientes.

42. Ademais, é indispensável que o processo de consulta se dê de forma livre, isto é, sem pressões que possam viciar a expressão de vontade. E, ainda, exige-se que o consentimento seja informado, de modo que, antes da manifestação, a população interessada tenha todo conhecimento necessário para garantir seu posicionamento com perfeita clareza de suas consequências.

43. Importante assinalar que a violação ao direito da consulta pode acarretar responsabilidade jurídica internacional do Brasil, sobretudo porque espontaneamente ratificou a Convenção nº 169. Nesse sentido, oportuno mencionar o caso “Saramaka vs Suriname”, em que a Corte Interamericana de Direitos Humanos condenou o Estado do Suriname a:

Adoptar las medidas legislativas, administrativas o de otra índole que sean necesarias para reconocer y garantizar el derecho del pueblo Saramaka a ser efectivamente consultado, según sus tradiciones y costumbres, o en su caso, el derecho de otorgar o abstenerse de otorgar su consentimiento previo, libre e informado, respecto de los proyectos de desarrollo o inversión que puedan afectar su territorio, y a compartir, razonablemente, los beneficios derivados de esos proyectos.

Con el pueblo Saramaka, en el caso de que se llevaran a cabo. El pueblo Saramaka debe ser consultado durante el proceso establecido para cumplir con esta forma de reparación. El Estado debe cumplir con esta medida de reparación en un plazo razonable;

44. Saliente-se que o Estado do Suriname foi condenado sem sequer ter ratificado a Convenção nº 169 da OIT, uma vez que, como decorrência do próprio sistema de proteção internacional de direitos humanos, a obrigação de se garantir a consulta livre, prévia e informada, segundo seus costumes e tradições se aplica para qualquer projeto que possa afetar minorias étnicas.

45. Não bastasse, a Convenção nº 169 também é violada em seu artigo 25, que exige que os serviços de saúde sejam organizados, na medida do possível, em nível comunitário, e planejados e administrados em cooperação com os povos interessados, levando-se em conta as suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais. Segue a redação do dispositivo integral:

Artigo 25

1. Os governos deverão zelar para que sejam colocados à disposição dos povos interessados serviços de saúde adequados ou proporcionar a esses povos os meios que lhes permitam organizar e prestar tais serviços sob a sua própria responsabilidade e controle, a fim de que possam gozar do nível máximo possível de saúde física e mental.

2. Os serviços de saúde deverão ser organizados, na medida do possível, em nível comunitário. Esses serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar em conta as suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais.

3. O sistema de assistência sanitária deverá dar preferência à formação e ao emprego de pessoal sanitário da comunidade local e se centrar no atendimento primário à saúde, mantendo ao mesmo tempo estreitos vínculos com os demais níveis de assistência sanitária.

4. A prestação desses serviços de saúde deverá ser coordenada com as demais medidas econômicas e culturais que sejam adotadas no país.

46. A situação gerada pela Portaria nº 1.907/2016 do Ministério da Saúde é das mais graves, pois, sem consulta, coloca em xeque um sistema que foi pensando de modo democrático, com ampla participação dos povos indígenas, durante longos anos. É o que será aprofundado no capítulo seguinte.

2.5 Das Conferências Nacionais de Saúde: Um retrocesso que desconsidera décadas de discussões com os povos indígenas

47. A Constituição de 1988 inaugura modelo democrático na saúde, em que a participação e a descentralização da administração são princípios básicos do Sistema Único de Saúde. Na saúde indígena, tais princípios se tornam ainda mais fundamentais, haja vista que efetivação da cidadania para os povos indígenas pressupõe o reconhecimento de sua autonomia como mecanismo de respeito às suas diferenças.

48. No plano geral, a Lei nº 8.142/90, de modo a concretizar a disposição constitucional, organiza a participação da comunidade na gestão do SUS, instituindo, como instâncias colegiadas mínimas, as Conferências de Saúde e o Conselho de Saúde. De acordo com o art. 1º da Lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do

governo.

49. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, o controle social é regulado pela Portaria nº 755, de 18 de abril de 2012, contando com três âmbitos de colegiados: os Conselhos Locais de Saúde Indígena, os Conselhos Distritais de Saúde Indígena o Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

50. Segundo o art. 6º, I, da Portaria nº 755/12, ao Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde dos Povos Indígenas (criado pela Portaria nº 644/06) compete: participar da formulação e do acompanhamento da execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; zelar pelo cumprimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; e promover o fortalecimento e a articulação do controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e do SUS.

51. Não há notícias de que o Fórum tenha sido consultado sobre a drástica mudança na Política Nacional de Saúde Indígena, o que, para além de violar a consulta aos povos indígenas, afronta o próprio sistema de controle social em saúde.

52. Ademais, o art. 51 do Decreto nº 8065, de 7 de agosto de 2013, atribui ao Conselho Nacional de Saúde a competência de deliberação sobre “a formulação de estratégia e controle da execução da política nacional de saúde em âmbito federal; e critério para definição de padrões e parâmetros assistenciais”, além de “manifestar-se sobre a Política Nacional de Saúde”. Apesar do impacto na política nacional de saúde, também não há notícias de que o conselho tenha sido consultado.

53. O modelo atual de política de saúde indigenista é fruto de um longo processo histórico de lutas e conquistas, em boa parte simbolizada pelas 5 Conferências Nacionais de Saúde Indígena - CNSI.

54. As principais diretrizes que emanaram da 1ª CNSI fundamentaram-se na Política de Cuidados Primários de Saúde e seus princípios básicos: participação da comunidade; universalidade do atendimento; unificação dos serviços; **descentralização e hierarquização** das ações de saúde, para que sejam concentradas na esfera local – assim considerada pela Organização Mundial de Saúde, na Declaração de Alma-Ata, não a esfera dos municípios, mas a esfera do local onde as pessoas vivem, convivem, trabalham e encontram os meios necessários à sua

sobrevivência.

55. Já em 1993, durante a 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, cujos debates resultariam na Lei Arouca (9.836/99 – que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena), surgiram as primeiras propostas de criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

56. Na 3ª CNSI, em 2001, os DSEI's e o controle social – com a criação dos Conselhos Distritais – assumiram funções mais consistentes, gerando grandes avanços. A 4ª CNSI, convocada pela Portaria Ministerial nº 963, de 23 de julho de 2005 – e integrante na 12ª Conferência Nacional de Saúde, teve como tema central “Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção de saúde, proteção da vida e valorização das tradições”. Essa conferência sucedeu as 206 conferências locais de saúde indígena, contando com a participação de 12.000 pessoas e as 34 conferências distritais de saúde indígena, com 5.000 participantes.

57. Naquela oportunidade, ficou definido que os distritos sanitários especiais indígenas deveriam ser transformados em unidades gestoras, com autonomia política, financeira e técnico-administrativa, de modo a acelerar a sua desburocratização e a garantir a participação indígena pelo controle social. Por questão de eficiência do controle social, restou decidido que os conselhos distritais ficariam responsáveis pelo planejamento, aprovação e acompanhamento da execução do Plano Distrital de Saúde Indígena.

58. Também ficou muito clara a posição contrária a qualquer tipo de reforma tendente a municipalizar a saúde indígena, que, pela sua própria conformação, não pode ficar refém das vontades e interesses locais, sujeitos a eventual simpatia ou animosidades nos diversos municípios, com sérios riscos de comprometimento à vida dos indígenas.

59. Em razão da conexão direta com a questão trazida à baila, podemos citar as seguintes deliberações:

a.20 O Ministério da Saúde descentralizará recursos financeiros para os Dseis para a compra de horas de voo de aeronaves, combustível, medicamentos e outros itens, conforme a realidade de cada distrito.

a.24 A gestão do saneamento será exercida diretamente pelos Dseis, dotando-os de orçamentos e recursos humanos, possibilitando a integração das ações

com o plano distrital e permitindo mais agilidade na sua execução.

a.25 O Governo Federal assumirá a execução direta das obras de engenharia nas áreas indígenas, por intermédio dos Dseis, zelando pelo saneamento ambiental em todas as comunidades, conforme as realidades locais.

13 A Funasa descentralizará a aquisição de viaturas para os Dseis, garantindo veículos novos (com sistema de comunicação) e aumento da frota, que deverá ser adequada às necessidades dos clientes (idosos, gestantes), com contínua manutenção.

d.4 A Funasa, por meio dos Dseis, assumirá, em todos os pólos-base e áreas indígenas, ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária e em todos os municípios onde exista área indígena. Essas ações farão o controle de endemias (incluindo capacitação de profissionais, combate a vetores, borrição, pesquisa entomológica); combate a doenças como malária, hepatite, DST, hanseníase e tuberculose (com busca ativa e garantia de encaminhamento e continuidade do tratamento). Para isto, promoverão a educação em saúde e garantirão equipe permanente, para diagnósticos e tratamentos, provendo materiais e insumos adequados. Nos municípios com gestão plena da atenção básica, será estabelecida parceria para ação contínua no controle dessas doenças, por meio da avaliação epidemiológica realizada pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena.²

60. Além dessas conclusões, na 4ª CNSI, houve um eixo de fortalecimento do controle social e outro de gestão participativa, que tem as suas deliberações completamente prejudicadas com a portaria em questão.

61. No mesmo sentido, na 5ª CNSI, é estabelecida como estratégia imediata o “fortalecimento do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) como espaço de construção do Subsistema e SUS”. No subeixo 1.4 (Avanços e Desafios no Financiamento para a Saúde Indígena) é definida a seguinte diretriz:

1.4 Subeixo: Avanços e Desafios no Financiamento para a Saúde Indígena
DIRETRIZ:Assegurar que o financiamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas seja de acordo com o perfil demográfico, epidemiológico e suas características geopoliticoculturais, propiciando mecanismos adequados para aprimorar a forma de repasse de recursos aos gestores integrados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e do SUS.

1. Assegurar a autonomia dos DSEIs e garantir que o financiamento da Saúde

2 A menção à FUNASA se deve ao fato de que a 4ª Conferência se dá antes da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. No entanto, a lógica argumentativa acerca da necessidade de descentralização é a mesma.

Indígena seja pautado pelos Planos Distritais e assegurado no Orçamento Geral da União, de forma que atenda às especificidades dos usuários, com oferta organizada de serviços em todos os DSEIs.

2. Assegurar repasse dos recursos Fundo a Fundo aos DSEIs.

3. Aumentar o teto financeiro dos DSEIs, visando assegurar o cumprimento das ações propostas pela Política Nacional referente ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

5. Garantir aumento do recurso financeiro de acordo com a realidade de cada DSEI e assegurar a descentralização e regionalização no que diz respeito à aquisição de cotas de combustível, alimentação, armazenamento, alojamento e utilização de veículo terrestre, fluvial e aéreo para urgências e emergências.

6. Garantir recursos financeiros suficientes para compra de combustível, permitindo acesso mensal obrigatório a todas as aldeias de abrangência de cada Polo-Base, de acordo com as peculiaridades geográficas.

7. Garantir repasse do orçamento do Plano Distrital Anual e outros recursos orçamentários, como guias de consultas, internações e exames, diretamente para os DSEIs, dando autonomia a estes para gerir suas próprias guias, com aval da comissão mista para execução de serviços emergenciais, transportes, consertos, manutenções técnicas de equipamentos, assim como consolidar e manter oferta de medicamentos dentro e fora do Rename.

8. O Ministério da Saúde/SESAI deve garantir recurso financeiro para aquisição de medicamentos padronizados em cada DSEI (de acordo com as diretrizes terapêuticas dos Comitês Distritais de Farmácia e Terapêutica) e não padronizados (isto é, que não constam na Rename SUS), referentes aos componentes básico, estratégico e especializado, incluindo os medicamentos manipulados, de acordo com a necessidade local e segundo o perfil epidemiológico de doenças e agravos.

9. Garantir regime diferenciado na contratação dos serviços, bem como estabelecer mecanismos que agilizem a aplicação desses recursos e ofereçam maior transparência na prestação de contas.

10. Garantir suprimento de fundo para aquisição de insumos, medicamentos e material de consumo diário.

11. Garantir recursos financeiros para aumento salarial dos profissionais da Emsi, com ênfase para os AIS e Aisan, para o pagamento de gratificações, para a contratação de novos profissionais e capacitações.

12. Garantir acréscimo de recursos orçamentários e financeiros, no teto dos DSEIs, para aqueles que comprovarem a realização de atividades efetivas de educação permanente ou capacitações com todos os profissionais da Saúde

Indígena.

13. Assegurar recurso financeiro adicional para atendimento de saúde aos DSEIs localizados em região de fronteira.

14. Aumentar o teto financeiro dos DSEIs que têm comprometido com horas-voos mais de 40% de seus recursos orçamentários.

15. Assegurar orçamento aos DSEIs para realizar as remoções de urgência e emergência e ampliar a frota de veículos e embarcações.

16. Assegurar recurso financeiro para exames e consultas de urgência, assim como flexibilizar o suprimento de fundos para situações de urgência nos Polos-Base.

17. Garantir recurso financeiro e amparo legal aos DSEIs para a compra de consultas, medicamentos e exames especializados, garantindo a integralidade à saúde do paciente indígena.

18. Assegurar recurso financeiro para aquisição de veículos com tração e rádio, assim como Unidades Móveis de Atendimento Odontológico, ambulâncias com suporte avançado de vida, horas-voos em UTIs aéreas e veículos adaptados para portadores de necessidades especiais, bem como garantir a disponibilidade desses veículos para atuarem nos fins de semana e feriados, garantindo a disponibilidade de transporte dentro das aldeias por 24 horas em todos os dias da semana.

19. Assegurar recursos financeiros específicos para aquisição de sistema de comunicação (radiofonia, internet, telefonia móvel e fixa) mais eficiente entre aldeias, Polos-Base, DSEI e CASAI.

20. Garantir recursos financeiros para aquisição de passagens, diárias e gastos com locomoção de pacientes em tratamento de saúde e de seus acompanhantes.

21. Assegurar recursos financeiros para aquisição, de maneira descentralizada e regionalizada, de materiais e equipamentos para prestar atenção diferenciada nas aldeias, medicamentos fora da lista da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), órteses e próteses e de exames que não são oferecidos na rede pública.

22. Garantir recurso financeiro para a instalação da rede de frio em todos os Polos-Base, visando ao correto armazenamento dos imunobiológicos e à adequada distribuição entre as aldeias.

23. Garantir aumento do recurso financeiro destinado ao atendimento odontológico à população indígena, visando melhorar a qualidade desse atendimento por meio da aquisição de equipamentos e insumos, bem como do financiamento da logística necessária para atendimento nas aldeias.

62. No mesmo sentido, no Subeixo 1.5 (Avanços e Desafios da Gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena), tem-se a seguinte diretriz:

DIRETRIZ: Aperfeiçoar os mecanismos de gestão nos DSEIs de modo a ampliar suas capacidades administrativas garantindo a agilidade nos processos de tomada de decisão compartilhada com autonomia local/regional.

1. Efetivar a descentralização dos DSEIs, garantindo autonomia política, administrativa, financeira e técnica, assegurando instalações físicas próprias, recursos humanos necessários nos Postos de Saúde, nos Polos-Base e nas CASAI, considerando os planos distritais e as deliberações dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

4. Consolidar o processo de autonomia financeira e administrativa dos DSEIs com a garantia de orçamento para construção de suas sedes próprias e implantação de infraestrutura em energia elétrica, informática e telecomunicações, nos Polos-Base, para alimentação dos sistemas de informação da Saúde Indígena.

5. Descentralizar as decisões de atendimento à Saúde Indígena, visando a maior rapidez e, conseqüentemente, a um atendimento satisfatório.

6. Garantir pelo MS/SESAI/DSEI a disponibilização de DAS na estrutura do Ministério da Saúde para cargo de coordenador administrativo de Polo-Base.

8. Assegurar, em lei, que os processos licitatórios e os trâmites burocráticos para aquisição de materiais permanentes e de consumo sejam acelerados e priorizados.

11. Estabelecer critérios minuciosos e transparentes para a distribuição dos recursos financeiros para os DSEIs, considerando o perfil epidemiológico, as diversidades e as especificidades culturais e geográficas, respeitando sempre os planos distritais de Saúde Indígena, elaborados e discutidos pelos povos indígenas de cada DSEI.

12. Garantir que o MS/SESAI faça o repasse direto dos recursos financeiros para os DSEIs, para que estes possam pactuar, com os municípios e os estados, serviços de saúde para sua população indígena.

13. O MS/SESAI deve garantir recurso financeiro, conforme cronograma de execução de atividades do distrito sanitário, para que sejam atendidas todas as demandas e necessidades das comunidades indígenas.

18. Descentralizar o pregão nacional de medicamentos, insumos e material médico-hospitalar para os Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena, garantindo medicamentos do componente estratégico e especializado, quando prescritos na rede de referência do SUS.

19. Garantir a autonomia do DSEI para a elaboração da lista básica de medicamentos com base no perfil epidemiológico, dando continuidade na dispensação dos medicamentos que atendam ao Programa de Planejamento Familiar, conforme estabelecem a Lei nº 9.263/96 e as especificidades da saúde indígena.

21. O Ministério da Saúde/SESAI deve garantir autonomia aos DSEIs para instruir os processos licitatórios para aquisição de medicamentos de média e alta complexidade, assim como a realização de exames laboratoriais particulares.

63. Como se vê, as premissas de descentralização e participação da comunidade são pautas construídas durante longos anos de luta, alinhadas à Constituição, e que não podem ser objeto de desconstituição unilateral do Estado. Para concentração que implicasse na mudança no sistema, seria necessário que, no mínimo, houvesse prévia instalação de espaços de discussão para avaliação e deliberação dos destinatários da política.

64. O modelo participativo do SUS instituído pela Constituição se destina exatamente para evitar que o direito fundamental à saúde fique sujeito a critérios exclusivamente técnicos e/ou políticos, com prejuízo a sua construção coletiva e democrática. Participação no processo decisório significa otimizar a eficiência, como meio de realização de direitos sociais, reconhecendo a sociedade como parte e destinatária da política pública. Tudo isto restou violado no instante em que conquistas construídas, sobretudo nos Conselhos e Conferências de Saúde, foram deixadas de lado pela medida objeto desta nota.

65. Todo esse longo processo foi desrespeitado pela Portaria nº 1.907/2016, que gera situação de ilegalidade e inconstitucionalidade, pela violação ao princípio da gestão participativa e democrática do SUS, além do desrespeito à consulta prevista convenção nº 169 da Convenção da OIT.

2.6 Da fragilização do modelo atual de controle social

66. Atualmente, os Conselhos Distritais de Saúde Indígena são o espaço central do exercício da participação e do controle social do sistema de saúde. A eles cabe “I - participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena

e acompanhar e avaliar sua execução; II - avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena; e III - apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas dos (DSEI/SESAI/MS)” (art. 5º da Portaria 755/2012).

67. Com a perda da autonomia dos DSEI's, a capacidade de participação dos CONDISI's na formulação e fiscalização da política pública de saúde fica prejudicada, sendo que o Fórum de Presidentes certamente não terá condições de ocupar tal competência, seja porque não foram criados para esse fim, seja pela dificuldade em lidar com a multiplicidade de necessidades dos próprios indígenas todo o país. É retrocesso também para capacidade de articulação do controle social e consequentemente de fiscalização dos recursos.

68. A tendência é que recursos de grande monta, como demonstrado, fiquem com quadro de controle social extremamente fragilizado.

3 CONCLUSÃO

69. Ante o exposto, conclui-se que a Portaria nº 1.907, de 17 de outubro de 2016, deve ser imediatamente revogada, em razão de sua inconstitucionalidade e ilegalidade. Apura-se que a situação gerada pela ato configura grave retrocesso, que desconstrói conquistas históricas simbolizadas sobretudo nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena, e situação, ao menos temporária, de negação de direitos fundamentais aos povos indígenas, mediante violação aos princípios constitucionais da igualdade, da eficiência, e da hierarquização e descentralização do SUS.

70. A Portaria também é ilegal por consubstanciar violação à Lei nº 8.080/90, especialmente quanto à sistematização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, constante dos arts. 19-A a 19-H, com redação dada pela Lei nº 9.836/99. Ademais, é violada a diretriz da participação da comunidade, prevista na Constituição e no âmbito infralegal.

71. Por fim, por ter sido feita à revelia de consulta aos povos indígenas, a portaria é também violadora da Convenção 169 da OIT.

72. Considerando a confiança de que o Ministério da Saúde não praticou o ato de forma dolosa, sugere-se o envio da presente nota técnica, **com**

urgência, com as recomendações dela constantes para que, de posse de tais elementos, haja revogação espontânea da portaria, sob pena de representação às Procuradorias da República, a fim que seja avaliada a necessidade de judicialização da matéria.

73. É a Nota. À consideração superior.

Brasília, 24 de outubro de 2016.

GUSTAVO KENNER ALCÂNTARA
Procurador da República
Coordenador do Grupo de Trabalho de Saúde
Indígena da 6ª CCR

ANALÚCIA DE ANDRADE HARTMANN
Procuradora da República

EMERSON KALIF SIQUEIRA
Procurador da República

JOSÉ GODOY BEZERRA DE SOUZA
Procurador da República

RICARDO PAEL ARDENGHI
Procurador da República

DANIEL LUIS DALBERTO
Procurador da República

ANA CAROLINA HALIUC BRAGANÇA
Procuradora da República

THIAGO CUNHA DE ALMEIDA
Procurador da República

Aprovo.

Brasília, 24 de outubro de 2016.

LUCIANO MARIZ MAIA

Subprocurador-Geral da República

Coordenador da 6ª Câmara de Coordenação e Revisão