

# CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE / MINISTÉRIO DA SAÚDE

## COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE DO ÍNDIO

### I - INTRODUÇÃO

Este documento, elaborado pela Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), visa subsidiar o Conselho Nacional de Saúde no sentido de melhor compreender a complexidade do conjunto de problemas relativos à atenção à saúde dos povos indígenas brasileiros, e buscar apoio à implementação de uma política setorial específica.

Dentre os graves problemas identificados, destaca-se em particular, a falta de mecanismos que garantam a implantação de um subsistema integrado ao SUS, adequado às especificidades culturais, operacionais e epidemiológicas deste campo social, e que é indispensável tanto para a eficácia da atenção ao indígena quanto para garantir um direito reconhecido nacional e internacionalmente.

A população indígena brasileira é estimada em 326.000 índios distribuídos em cerca de 250 etnias, vivendo em 556 terras indígenas (nem todas regularizadas). Uma parcela ínfima vive em cidades, normalmente em periferias.

Esse número de etnias significa mais que o total de grupos étnicos do restante das Américas, o que constitui para o país um privilégio, o de contar com mais de 50% da diversidade indígena do continente, em território brasileiro. A esta riqueza étnica soma-se ainda o patrimônio de aproximadamente 180 línguas. Ao mesmo tempo, essa diversidade cultural está distribuída territorialmente na área de maior biodiversidade do planeta, configurando um acervo de saberes e recursos naturais que só o Brasil dispõe.

Os dados populacionais apresentados no Quadro 1 contém os dados oficiais da FUNAI e da COSAI/FNS. Observa-se uma discrepância de informações que reflete a própria situação neste campo, onde há fontes paralelas, como a FUNAI, IBGE, COSAI/FNS, ONGs, Universidades, etc.. com metodologias e finalidades diversas entre si.

Essa discrepância deve-se à falta de interesse político (que se reverte em falta de recursos financeiros) dos níveis decisórios, à dificuldade de acesso aos povos indígenas, à falta de articulação interinstitucional para realização de censo conjunto entre FUNAI (à qual faltam verbas e metodologia adequada a um censo), IBGE (o qual possui metodologia, porém não adequada às especificidades dessas culturas - língua, organização social, etc.) e COSAI (que tem problemas metodológicos devido à natureza do objetivo da coleta), indispensável para esse segmento da população brasileira.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL
data 15 / 06 / 99
cont F2D 0044

# QUADRO 1

29

ESTADO	POPULAÇÃO/1997 (dados da FUNAI)	POPULAÇÃO/1997 (dados da FNS)	Nº DE ETNIAS
Acre	6.610	7.960	15
Alagoas	4.917	6.089	06
Amapá	5.095	4.420	06
Amazonas	89.529	77.506	55
Bahia	8.561	10.338	12
Ceará	4.650	5.660	8
Espírito Santo	1.347	1.544	2
Goiás	142	230	3
Maranhão	14.271	16.083	8
Mato Grosso	17.329	22.337	36
Mato Grosso do Sul	45.259	32.544	6
Minas Gerais	6.200	6.233	4
Pará	15.715	17.651	28
Paraíba	6.902	6.698	1
Paraná	7.921	9.507	4
Piauí	0	0	
Pernambuco	19.950	19.408	8
Rio Grande Norte	0	0	
Rio de Janeiro	271	524	1
Rio Grande do Sul	13.354	12.091	1
Rondônia	5.573	6.063	31
Roraima	37.025	28.896	8
Santa Catarina	6.667	5.187	3
São Paulo	1.774	2.337	3
Sergipe	230	240	1
Tocantins	6.360	8.299	7
<b>TOTAL</b>	<b>325.652</b>	<b>307.845</b>	<b>256</b>

Fonte: Coluna 2: FUNAI, Dez., 1997.

Coluna 3: COSAI/FNS, 1997

Os povos indígenas enfrentam situações distintas de pressões, ameaças e vulnerabilidade em relação à sociedade envolvente. A expansão das frentes econômicas e o envolvimento de índios em atividades como a madeireira, a garimpeira e de mineração em geral, que ameaçam a integridade do meio-ambiente e a reprodução econômica dessas sociedades, tem representado significativo comprometimento em sua qualidade de vida e saúde.

Muitas etnias estão ameaçadas de desaparecimento, caso medidas de proteção eficazes dos meios que asseguram suas vidas não sejam tomadas. O Estado de Rondônia com um população em torno de 5.500 índios distribuídos em 31 etnias é exemplar nesse sentido. Há muita pressão sobre os recursos naturais das terras indígenas, intensa atividade madeireira e garimpeira e alta mortalidade indígena. Em algumas sociedades o número de indivíduos se reduziu ao ponto de comprometer sua reprodução biológica e social. Em outras partes do país algumas etnias são numerosas e já contam com processos de organização, em defesa de seus direitos e interesses e têm travado negociações diversas com a sociedade e o Estado brasileiros.

A situação de saúde das populações indígenas brasileiras tem sido informalmente considerada como calamitosa, só se podendo contar com dados parciais e/ou qualitativos.

A subnotificação, a discrepância de informações entre as áreas indígenas e a falta de consolidação e análise sistemáticas dos dados pelas instituições dificultam o estabelecimento de um perfil epidemiológico. Esta dificuldade é potencializada pela inexistência de um sistema de vigilância epidemiológica adequado e eficiente. Apesar disso, é possível observar que as taxas de morbimortalidade são mais altas que as do restante da população brasileira e que há um alto número de óbitos sem registro ou de causas desconhecidas; além disso verifica-se uma predominância de infecções respiratórias agudas, um incremento de doenças infecciosas como a malária e a tuberculose, da desnutrição e de doenças preveníveis por imunizantes. O perfil mórbido disponível evidencia que os maiores agravos à saúde dos povos indígenas são perfeitamente controláveis por ações básicas de saúde, que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção à saúde nas aldeias.

A análise da situação de malária entre os Yanomami, mostra que no primeiro semestre deste ano a mortalidade e a incidência da doença foram iguais àquelas ocorridas durante todo o ano passado, evidenciando um alarmante incremento desta endemia. A situação é mais preocupante ainda, quando sabemos que o maior investimento da FNS na

saúde indígena tem se dado justamente na área Yanomami, onde a instituição dispõe de cerca de duzentos profissionais voltados para atenção à saúde dos indígenas, e não está obtendo resultados satisfatórios na melhoria dos níveis de saúde. Tal situação demanda uma reflexão aprofundada sobre o modelo de atenção que vem sendo adotado pelas instituições de saúde indígena, que não tem dado conta de identificar os fatores de risco dos agravos à saúde dos povos indígenas e de construir estratégias adequadas para abordar a diversidade étno-cultural e de contato.

Esse quadro é, em grande parte, causado pela inexistência de uma estrutura organizacional governamental do SUS, à qual se integrem instituições governamentais e não governamentais de assistência à saúde, ensino, pesquisa e outras que, junto com as organizações indígenas e entidades de apoio à causa indígena compõem o universo de interessados na questão. Nos últimos 10 anos foram realizadas Conferências Nacionais de Saúde para os Povos Indígenas (1988, 1993) e outros fóruns de discussão em que se consolidou uma proposta de organização dos serviços de saúde destinados a estes povos baseado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's). Nesta conjuntura se faz imperiosa a implementação deste modelo e seu detalhamento normativo e de articulação com o SUS, que são pré-condições para a efetivação da assistência e prevenção dos agravos à saúde e redução da mortalidade dos povos indígenas brasileiros.

## II – ANÁLISE DOS PRINCIPAIS ENTRAVES E DIFICULDADES

Um dos principais problemas atuais é a indefinição sobre o comando e gestão das ações de saúde indígena. O panorama atual é o seguinte:

A 6ª. Câmara de Coordenação e Revisão (Comunidades Indígenas e Minorias) do Ministério Público Federal, convocou uma Audiência Pública sobre Saúde Indígena em novembro de 1997, a partir de uma demanda da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI) do Conselho Nacional de Saúde, concluindo em seu relatório de 19/05/1998, que o Decreto Presidencial 1.141/94, que estabeleceu a competência da assistência à saúde indígena à Fundação Nacional do Índio e ao Conselho Intersetorial de Saúde Indígena (CIS)<sup>1</sup> é incompatível com o Artigo 196 da Constituição Federal e com as leis 8.080/90, e 8.192/ 90, que regulamentam o Sistema Único de Saúde, sendo portanto, inconstitucional.

---

<sup>1</sup> Não confundir com a CISI – Comissão Intersetorial de Saúde do Índio, comissão consultiva do Conselho Nacional de Saúde que teria, entre suas funções, propor a o modelo assistencial adequado à realidade indígena.

Como consequência do Decreto 1.141, o Conselho Intersectorial (CIS), em sua Resolução nº. 002 de outubro de 1994, estabeleceu uma divisão de atribuições entre a FUNAI e o Ministério da Saúde. À primeira caberia a gestão dos sistema, a assistência aos doentes em terra indígena e nas Casas do Índio<sup>2</sup>. Ao Ministério da Saúde, através da FNS, caberia a execução das ações de prevenção, controle de endemias, vigilância epidemiológica, saneamento básico e capacitação de recursos humanos. Neste sentido o Relatório da Audiência Pública aponta ainda um segundo aspecto de incompatibilidade entre a Constituição federal e o ordenamento jurídico vigente na Saúde no que diz respeito à integralidade das ações.

A legislação em vigor não garante explicitamente o direito dos índios a disporem de formas diferenciadas de atenção à saúde, que contemplem suas especificidades epidemiológicas e culturais. Este é um ponto político essencial na questão indígena: ***a existência de graves conflitos entre povos indígenas e interesses econômicos regionais, torna imperiosa a necessidade do estabelecimento de estratégias diferenciadas de atenção dirigida aos índios, sob pena de agravo do etnocídio que historicamente vem sendo praticado no país desde sua colonização.***

A inexistência da política setorial de saúde do índio, agravada pelas dificuldades enfrentadas pela implementação do SUS, tem gerado diversos pontos de estrangulamento, dificultando a implementação de ações efetivas de atenção à saúde para os povos indígenas, impedindo o acesso dos povos indígenas às ações básicas de promoção e atenção à saúde indígena e ao controle social em saúde, conforme recomendações da II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, realizada em 1993.

Dentre os principais problemas, identificamos:

1. Falta de uma política governamental específica de Saúde Indígena o que é, em grande parte, decorrente da falta de explicitação da política indigenista do Governo Federal como um todo. A responsabilidade pela execução das ações de Saúde Indígena é atribuição constitucional do Governo Federal, que não vem desempenhando suas responsabilidades a contento;
2. Como consequência, persiste a duplicidade de comando da saúde indígena entre a Fundação Nacional de Saúde - FNS e a Fundação Nacional do Índio - FUNAI, a ausência de diálogo entre as duas instituições que, associada ao sucateamento e descentralização

---

<sup>2</sup> A Casa do Índio é um tipo de Unidade que congrega ações hospitalares, ambulatoriais e albergue de doentes, acompanhantes e índios em trânsito, que geralmente funciona em precárias instalações, mas que é um instrumento necessário para o apoio aos doentes referidos para tratamento na cidade.

destes órgãos, tem impossibilitado uma atuação efetiva do governo federal. A inserção institucional, tanto do Departamento de Saúde da FUNAI, quanto da Coordenação de Saúde do Índio - COSAI na FNS, tem propiciado escasso poder resolutivo destes órgãos frente aos graves problemas de saúde, razão pela qual se propõe a criação de uma instância específica que se responsabilize pela Saúde Indígena no Ministério da Saúde;

3. Não tem sido implementada a proposta de organização de serviços de saúde para os povos indígenas, com base nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, nem de um órgão federal, gestor da Saúde Indígena, capaz de se responsabilizar pela coordenação intersetorial deste campo e pela execução de ações de atenção integral à saúde, conforme deliberações de fóruns legítimos como as Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde dos Povos Indígenas (1986, 1993) e recomendações desta casa;
4. Persistência e/ou agravos dos conflitos entre povos indígenas e interesses econômicos regionais impossibilitam uma extensão de cobertura das unidades estaduais e municipais de saúde à população aldeada, gerando a necessidade de organização de rede de assistência nas aldeias, sob responsabilidade federal;
5. Discriminação de pacientes indígenas nos serviços de saúde;
6. Ausência de uma política de desenvolvimento de recursos humanos para atuação em contexto intercultural. Além disso, a escassez qualitativa dos Recursos Humanos disponíveis e as restrições de contratações por parte do governo federal, tem dificultado o estabelecimento de ações continuadas e de impacto epidemiológico, capazes de intervir melhorando os indicadores de saúde dos Povos Indígenas do país;
7. Ausência ou esvaziamento de instâncias de participação e controle social. Os colegiados regionais de Saúde Indígena (Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena - NISI)<sup>3</sup> tem sido desativados e as recomendações da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) do Conselho Nacional de Saúde não tem sido implementadas;
8. As especificidades das culturas indígenas exigem a formação de profissionais indígenas na área de saúde, como os Agentes Indígenas de Saúde, cujas características de atuação são bastantes distintas dos perfis profissionais das equipes de saúde da rede de serviços. Os profissionais indígenas vem sendo formados pelas mais diversas instituições e até hoje não tiveram seu trabalho reconhecido ou sua inserção garantida pelas Instituições do Sistema de Saúde;

---

<sup>3</sup> Conforme Portaria nº.540, da Fundação Nacional de Saúde, publicada em DO em 18 de maio de 1993.

9. Falta de agilidade administrativa para disponibilização de insumos básicos e de obras de saneamento nas aldeias assim como flexibilidade para disponibilizar recursos em ações emergenciais.

Os pontos de estrangulamento aqui apontados representam apenas uma pequena parte dos conjunto de dificuldades do setor. Diversas propostas para equacionamento destes problemas foram elaboradas nos fóruns de Saúde Indígena, mas infelizmente não têm sido implementadas pelas autoridades competentes. A CISI, utilizando como base os documentos já disponíveis sobre o tema, reitera suas principais reivindicações e sugestões para o reordenamento do setor.

### III - PROPOSTAS DE REORDENAMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

A principal proposta de todos os fóruns de Saúde Indígena tem sido a implantação de Sistemas Locais de Saúde, na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), de responsabilidade do Governo Federal. O perfil dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, se pauta nas experiências dos SILOS já estabelecidos no SUS, respeitadas as adaptações e estratégias já adotadas pelos parceiros institucionais e outras que se façam necessárias envolvendo novos atores (como estados, municípios e outros), para garantir a integralidade das ações e a especificidade requerida pela diferença étnica da clientela dos DSEI.

Os princípios dos DSEI foram definidos na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas:

- ✓ Base territorial definida por critérios étnicos, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços;
- ✓ Controle Social exercido através dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, de composição paritária e de caráter deliberativo das ações de saúde em sua área de abrangência;
- ✓ Existência de uma rede de serviços, com equipes de saúde, adequadamente capacitadas para o atendimento aos povos indígenas, com suprimento regular dos insumos necessários à execução das ações, bem como meios de transporte e de comunicação adequados;
- ✓ Autonomia administrativa e financeira garantida através do repasse de recursos do governo federal diretamente para os distritos, mediante a elaboração de Planos Distritais

anuais, elaborados a partir de Planejamento participativo, ascendente, com garantia de participação de representantes indígenas e aprovados nos conselhos distritais;

- ✓ Comando único técnico e/ou executivo, com gerente designado pelo Conselho Distrital;
- ✓ Manutenção das Casas do Índio como componentes indissociáveis dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e/ou Gerências Regionais, sendo acompanhadas por seus respectivos conselhos.

As **áreas de abrangência dos DSEI** devem ser definidas através de processo participativo, com discussões com a população indígena, com suas organizações e instituições de saúde. A definição destas áreas deve se pautar não apenas nos critérios técnico-operacionais que orientam a implantação dos SILOS, mas respeitar também os hábitos, relações políticas e distribuição demográfica tradicional destes povos, que não coincide necessariamente com os limites municipais e/ou estaduais onde estão distribuídas as áreas indígenas.

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem se configurar, a nível nacional, como um modelo de atenção à saúde dos indígenas, articulado e indissociado das outras instâncias do SUS. As formas e estratégias específicas de articulação serão variáveis, segundo as realidades locais, mas seguindo a premissa básica de não paralelismo de ações e de priorização para a implantação de Rede Básica de Saúde nas aldeias. Os pacientes indígenas que demandarem atendimento de nível Secundário e Terciário serão referidos para unidades do SUS.

Cabe ressaltar que a proposta dos DSEI não caracteriza a organização de um sistema paralelo à rede do SUS estabelecida no país. Trata-se na verdade, de uma adequação do SUS buscando garantir a atenção integral à saúde dos povos indígenas, o que hoje não é realizado<sup>4</sup>.

A discussão do Modelo Organizacional dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas foi aprofundada em seminário promovido pela Coordenação de Saúde do Índio, em Outubro do corrente ano, onde se delineou proposta de organização do modelo de gestão do Distrito. A partir das conclusões deste seminário, sintetizamos as propostas abaixo:

A proposta de atenção à saúde indígena contempla três níveis de gestão (nacional, regional e distrital/local), todos de responsabilidade do governo federal.



### **Nível nacional**

Implantação de uma gerência nacional, no Ministério da Saúde, com as seguintes atribuições:

1. Coordenação Nacional do DSEI's, garantindo mecanismos específicos de custeio capazes de possibilitar a alocação ágil de recursos para o custeio das atividades a nível local,
2. Coordenação e articulação intersetorial com outras instâncias do SUS inclusive a Comissão Tripartite, do MS e do órgão indigenista;
3. Estabelecimento de diretrizes e normas nacionais da Política de Saúde Indígena, incluindo a definição de uma Política de Recursos Humanos para o trabalho em áreas indígenas.

### **Nível regional**

No âmbito regional, a gerência terá como atribuições principais:

1. Promover a articulação entre os diversos DSEI's implantados na unidade federada sede da gerência regional, com as outras instâncias estaduais e regionais do SUS.
2. Garantir o funcionamento das Casas do Índio de referência regional;
3. Acompanhar e articular os planejamentos locais, compatibilizando-os com as necessidades de nível regional, supervisionar tecnicamente os DSEI de sua área de abrangência e assumir a responsabilidade sanitária regional. Cabe a cada nível regional estabelecer as necessárias articulações com as Comissões Bipartites.

**Nível local** equivale à própria Gerência Distrital, cujas atribuições básicas foram supra citadas.

O controle social deve ser garantido em todos os níveis de gestão com caráter deliberativo. No âmbito nacional, o controle social deve ser exercido pela CISI, que deverá ter suas atribuições ampliadas. Nos níveis regionais e locais devem ser fomentados, quando não existam os conselhos regionais e distritais. Todas as instâncias específicas de Controle Social em Saúde Indígena devem atuar de forma articulada com os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, que devem contar com a representação de pelo menos um representante indígena.

---

<sup>4</sup> A Lei nº. 8.080/90 faculta a criação de distritos, que deveriam ser organizados de forma a integrar e articular recursos técnicos e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.