

A POLÍTICA DE SAÚDE DO ÍNDIO E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NO BRASIL¹

Cibele Barretto Lins Verani²

RESUMO – Este trabalho descreve a história dos serviços de saúde para populações indígenas brasileiras, enfatizando o desenvolvimento das políticas de saúde do índio desde a segunda metade da década de 80, quando o processo político de democratização permitiu ao Movimento de Reforma Sanitária construir o Sistema Único de Saúde (SUS) no país. As influências nesse movimento da Política de Cuidados Primários de Saúde da Organização Mundial de Saúde, como descritas na Declaração de Alma Ata, são explicitadas. Os principais fatos e leis, decretos ou portarias, relativos ao processo de construção de um Subsistema de Saúde Indígena do SUS, com o seu princípio mais importante de cuidados diferenciados para os grupos étnicos, aqui visto como um Movimento Sanitário Indigenista, são descritos e analisados com referência às influências do contexto político interno e externo. Como o Subsistema de Saúde do Índio ainda não está organizado no nível local, o perfil epidemiológico dessa população é discutido e as necessidades técnicas especiais para sua implantação, como um banco de dados demográficos, epidemiológicos e antropológicos, são sugeridos e justificados. Finalmente, o apoio financeiro do Banco Mundial, através do projeto VIGISUS, é reconhecido como uma importante contribuição nesse sentido.

¹ Esse trabalho foi feito a partir de experiências vividas pela autora, tanto em Bangladesh, antes de Alma-Ata, e, no Brasil, a partir de 1985, como pesquisadora da FIOCRUZ e membro do “Movimento Sanitário Indigenista” (Ana Costa, comunicação pessoal). O método principal da pesquisa, portanto, é o da “participação observante”, através do qual as experiências vividas foram analisadas com base na literatura.

² FIOCRUZ/DEMOS/NESPI/ENSP. Pesquisadora Associada em C&T. Mestre em Antropologia Social. Av. Brasil, 4036 - Sala 703. Cep. 21.040-361, Rio de Janeiro-RJ. Tel/fax: 0xx21 290-3893. E-mail: fverani@ism.com.br.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde do Índio, Leis brasileiras, Contexto político, Movimento Sanitário Indigenista.

ABSTRACT – This paper describes the history of health care policies for Brazilians indigenous populations, giving special attention to its latest developments, since the second half of the 80's, when democratization politics allowed the Sanitary Reform Movement to build the Unified Health System (UHS) in the country. Influences in this movement of World Health Organization's Primary Health Care Policy, as stated in the Alma-Ata Declaration, are highlighted. Laws and facts concerning the building process of an Indian Health Subsystem of the UHS, and its main principle of differentiated care for ethnic groups, seen as a political indigenist sanitary movement, are described and analyzed in reference to the influences of external and internal political context. As the subsystem is not yet organized in the local level, epidemiological profile and special technical needs for its implementation, such as an epidemiological, anthropological and demographic data bank are suggested and justified. Finally, the World Bank financial support for the organization of this Subsystem, by the VIGISUS project, is recognized as an important contribution.

KEY WORDS: Indian Health Politics, Brazilian laws, political context, Sanitary Indigenist Movement.

A POLÍTICA DE SAÚDE DO ÍNDIO E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NO BRASIL

Os povos indígenas da América, como todas as sociedades humanas, sempre tiveram formas próprias de lidar com os problemas de doença, cura e prevenção.

Por ocasião das diversas tentativas de escravização do índio como mão-de-obra do sistema colonial que ocorreram a partir do “descobrimto”, que preferimos designar como conquista e colonização pelos povos de origem européia, foram introduzidos na comunidade indígena novos agravos à saúde, até então desconhecidos, tais como a varíola e

formas letais de tuberculose (De Souza *et al.* 1994:28). O oposto também era verdadeiro, pois novas doenças foram levadas do “novo mundo” pelas naus desbravadoras e se disseminaram na Europa.

Concomitante ao processo de conquista, como parte mesmo do processo de colonização, foram instaladas nas novas fronteiras missões religiosas, em especial as jesuítas. A disseminação da tuberculose guarda estreita relação com a implantação dessas missões, já que, individualmente, uma das motivações para os missionários se deslocarem para as colônias era a “mudança de ares” benfazeja a seus problemas de saúde (Ribeiro *et al.* 1992).

Desde esses primeiros tempos de colonização até o início do século atual, quando a questão indígena passou a ter uma política oficial de “pacificação” e “assistência” laica assumida pelo Estado, a assistência à saúde do índio limitava-se, basicamente, a um complemento assistencial dependente da política de catequese. Algumas iniciativas isoladas, individuais ou vinculadas a políticas locais acompanharam os processos de expansão das fronteiras nacionais, ao longo dos séculos que se seguiram. Na sociedade envolvente a medicina popular, religiosa e vinculada a práticas terapêuticas pré-industrializadas predominavam (Farage 1991).

Somente a partir do início do século XX, com a atuação de Rondon e seus seguidores, que culminou com a instituição do SPI em 1910, a assistência à saúde do indígena passou a ter uma atenção do Estado a nível nacional. Independente das demais críticas aos objetivos dessa iniciativa, podemos ainda especular se o modelo de assistência hegemônico, baseado na assistência médica curativa desenvolvida por indivíduos ou nos hospitais indígenas (Casas do Índio), efetivamente colocava à disposição dessas populações os recursos técnicos disponíveis à população nacional (Regina Erthal, comunicação pessoal). Não obstante, já havia consenso de que a população indígena requeria uma

estrutura específica para o atendimento aos seus problemas, em particular os de saúde, devido a fatores culturais e operacionais (áreas de difícil acesso), além dos epidemiológicos (falta de memória imunológica dos grupos de contato recente para as doenças infecciosas que causavam altos índices de mortalidade, conforme Black (1994)) e político-ideológicos (Lima 1992).

Na segunda metade do século XX, destaca-se a atuação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) no Ministério da Saúde. A partir da experiência de Noel Nutels como responsável pela assistência à saúde na Expedição Roncador-Xingu, esse sanitarista implantou, junto com o recém-criado Correio Aéreo Nacional (CAN), um modelo de assistência aérea, levando equipes volantes, constituídas por médicos sanitaristas, enfermeiros e técnicos em saúde, para áreas de difícil acesso onde localizavam-se as populações indígenas, estendendo, no entanto, essa assistência curativa e preventiva (controle da tuberculose, vacinação anti-variolica, diagnóstico, tratamento clínico e encaminhamento) à população envolvente (Cereznia 1987).

O SUSA era organicamente vinculado ao Ministério da Saúde. Posteriormente, as atividades de Saúde do Índio no Ministério da Saúde passaram a vincular-se às Unidades de Atendimento Especial (UAE) e, por último, ao programa de Controle da Tuberculose (Cereznia 1987).

Na década de 60, o antigo SPI cedeu lugar à FUNAI (criada em 1967), órgão do Ministério do Interior. A organização de um setor de saúde específico e de um modelo de assistência (as Equipes Volantes de Saúde - EVS) baseado na experiência do SUSA foi liderada por Noel Nutels e pelo Dr. José Antônio N. de Miranda, membro destacado de sua equipe. É necessário notar-se que esse modelo completava-se com a permanência nas áreas indígenas, onde funcionavam os Postos Indígenas (PIN), de um auxiliar de enfermagem que desenvolvia as ações

curativas emergenciais e garantia a continuidade de tratamentos prolongados (José Antônio Nunes de Miranda, comunicação pessoal).

A década de 70 assistiu ao pleno funcionamento desse modelo na FUNAI que, por sua vez, não dispensava a atuação do Ministério da Saúde, em particular dos programas de Controle da Tuberculose e da Malária, além de referenciar às Casas do Índio, hospitais universitários e de pesquisa como, por exemplo, o Hospital Evandro Chagas do Instituto Oswaldo Cruz, os casos graves e de difícil diagnóstico.

Na década de 80, a FUNAI, e com ela o modelo assistencial proposto, sofre ingerências políticas e administrativas externas, assim como um processo de estrangulamento financeiro progressivo, que resultou no desmonte de suas atividades-fim. A crise financeira nacional inviabilizava o custeio das EVS, que passaram a sofrer com a falta de pessoal técnico, de recursos para deslocamento, com o duplo (ou até triplo) emprego, rotatividade de pessoal, desmonte das estruturas físicas locais (PIN) e regionais (Casas do Índio) e, finalmente, falta de manutenção da infra-estrutura material para deslocamentos (barcos, carros, etc.). A falta de uma política de recursos humanos resultou na ineficácia das ações no nível local: substituindo-se cada vez mais as auxiliares de enfermagem por atendentes, com acúmulo de pessoal no nível regional (fora das áreas), além do abandono dos investimentos na formação específica desse pessoal, em particular no despreparo antropológico para lidar com culturas diferenciadas, cada vez mais a porta de entrada no sistema foi inviabilizada.

Neste ínterim, no âmbito da política nacional de saúde, o movimento de Ações Integradas de Saúde (AIS) buscava organizar as ações desintegradas das múltiplas instituições governamentais e privadas que assistiam à população brasileira. Tal movimento, que posteriormente confluiu no Movimento de Reforma Sanitária, serviu de sustentação social para a organização e implantação do Sistema Único de Saúde

(SUS), baseado nos princípios do modelo internacional da Política de Cuidados Primários de Saúde descritos na Declaração de Alma-Ata, da Organização Mundial de Saúde, de 1978: universalidade do atendimento, unificação, hierarquização e descentralização das ações de gerência, planejamento e gestão.

A Assembléia Mundial de Saúde, da qual participam regularmente os Ministros da Saúde de todos os países membros da Organização Mundial de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, capital do Cazaquistão, URSS, foi um marco na Política Internacional de Saúde. O modelo de assistência à saúde proposto pela Conferência, designado “Política de Cuidados Primários de Saúde” (PHC - Primary Health Care), baseou-se em “experiências inovadoras” (documentadas pelo DOC E/ICEF/L. 1322). Dentre elas, citamos: A experiência da China de atendimento domiciliar em saúde pública com os “médicos de pés-descalços”, trabalhadores rurais com formação em saúde pública e curativa de 2 anos (a China, então recém-aberta para os visitantes ocidentais, empolgava os setores progressistas da saúde pública mundial com o uso da medicina tradicional no sistema de saúde – acupuntura, plantas medicinais, etc.); a figura dos Family Welfare Workers (FWW-Trabalhadores do Bem-Estar Familiar) de Bangladesh, que, inspirada no caso chinês, realizava atendimento domiciliar em um pequeno grupo de aldeias próximas à de sua residência; a experiência de utilização de comunicação por rádio nos programas de saúde da Nigéria para o atendimento a áreas de difícil acesso, com baixa extensão da cobertura da rede de serviços; o exemplo cubano de unificação e hierarquização das instituições de saúde em um sistema único, etc. Avaliava o documento que aqueles países que utilizavam modelos “inovadores” na saúde pública conseguiam resolver a maior parte dos problemas de saúde que afetam as suas populações, através de cuidados simples, de baixo custo e de acesso fácil ao “nível local”.

A Declaração da Conferência de Alma-Ata, identificando os princípios gerais dessas experiências, visava levar ao alcance das pessoas, isto é, ao “nível local”, definido como “o local de moradia, onde as pessoas vivem, trabalham e relacionam-se socialmente”, a noção de saúde definida como “bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doenças”. Finalmente, a Declaração de Alma-Ata explicitava que, para atingir seus objetivos de “saúde para todos até o ano 2000” (o planejamento, a execução e a avaliação dos cuidados com a saúde, sejam esses cuidados específicos do setor de serviços de saúde, sejam no âmbito dos setores econômicos, como agricultura e indústria, seja no setor político e social e da cultura), a participação da comunidade seria a chave para o sucesso dessa política.

Assim, a Conferência de Alma-Ata inflamou ânimos de autoridades de saúde nos vários continentes, para que fosse realizada o que se compreendia como uma “verdadeira revolução” que extrapolaria o setor saúde, visando organizar, simplificar e democratizar a atenção à saúde, atingindo as comunidades locais e trazendo mais eficácia ao setor, por basear-se na multicausalidade das doenças e atuar nesta multiplicidade de fatores com ações de baixo custo.

No entanto, não custa mencionar que, incluindo a Suécia, país de origem do Diretor Geral da OMS daquela época, Dr. R. Mahler, a grande maioria dos países de onde essas “experiências inovadoras” eram originárias compunham o chamado “bloco socialista”. Nada mais distante da nova onda política neoliberal que assolou o planeta após a desintegração da União Soviética, o fim da guerra fria e a queda do muro de Berlim, na década de 90!

No final da década de 70 e por toda a década de 80, assistiu-se ao movimento de tentativas de transformação dos sistemas de saúde, em grande parte dos países membros da OMS, algumas delas canhestros arremedos de viés capitalistas, que percebiam a participação da

comunidade como meramente arcar com os custos da assistência à saúde ou uma forma barata de se fazer “medicina de pobre para pobre”.

No Brasil, seguindo-se à tendência continental de colocar um fim nas ditaduras militares, o processo de redemocratização política da década de 80 refletiu-se, na área da saúde, no “Movimento de Reforma Sanitária”, cujos principais líderes compunham o chamado “Partido Sanitário”.

Como conseqüência desse movimento, seguiu-se à 8ª Conferência Nacional de Saúde (que delineou o SUS) a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Índio (então designada Proteção à Saúde do Índio). Dentre as propostas e conclusões da Conferência, destaca-se, após avaliação das dificuldades encontradas pela FUNAI para realização de suas atividades-fim (proteção à terra, autosustentação, educação, saúde), a necessidade de que a responsabilidade das atividades de saúde fosse assumida pelo futuro órgão gestor do SUS (Ministério da Saúde).

Esta recomendação estava em consonância com uma proposta política mais ampla, apresentada por organizações indígenas e indigenistas não-governamentais, de deslocamento dos demais setores técnicos (educação, meio ambiente, agricultura e saúde) para os respectivos Ministérios técnicos. Restariam à FUNAI as atividades de demarcação e controle da integridade territorial das áreas indígenas.

O SUS, já contemplado pelo novo texto constitucional, normatizado pela Lei Orgânica de Saúde no final da década de 80, no entanto, não estabelecia a forma como a saúde de populações indígenas seria integrada ao Sistema.

Em 1991, os Decretos Presidenciais nº 23, 24, 25 e 26 vão conferir base legal para a política indigenista proposta na I Conferência Nacional - Proteção à Saúde do Índio.

O decreto 23, que dispunha sobre as atividades de saúde, delineava alguns elementos para um novo modelo assistencial inspirado

nos princípios do SUS, com coordenação da recém-criada FNS, em conjunto com a FUNAI e com organizações religiosas, universidades, centros de pesquisa e organizações indígenas e indigenistas. A forma de operacionalização da atenção à saúde do índio seria por projetos e apontava para a figura do Distrito Sanitário Especial Indígena, que ganhava corpo no movimento indigenista vinculado à Saúde, por influência do movimento de implantação do SUS. O primeiro DSEI criado foi o Distrito Sanitário Yanomami (DSY), no Amazonas e Roraima. Posteriormente, foi criada a Coordenação de Saúde do índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações da FNS. O DSY foi criado como uma estrutura orgânica da FNS/Regionais Roraima e Amazonas.

Cabe aqui mencionar a importância, nesse processo, do movimento indigenista, dos profissionais de saúde do índio e da organização do movimento de representação indígena, em articulação com as universidades e instituições de pesquisa (atualmente designado movimento sanitarista indigenista). As organizações não-governamentais passaram, em consonância com a opinião pública internacional (em um movimento de viés ecologista), a jogar um papel de importância na organização do movimento indigenista, em particular na criação da área indígena Yanomami. A figura do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) ganha corpo como base descentralizada (e não o município) do subsistema diferenciado de atenção à saúde do índio que possa integrar as ações das várias instituições que atuam no campo.

Porém, não se deve esquecer a importância da opinião pública internacional, do movimento ecológico e a proximidade da UNCED - Rio/92 como fatores predisponentes para a assinatura dos decretos 22, 23, 24 e 25, (Oliveira Filho 1993:7) tendo o decreto 23 criado somente um DSEI: o DSY.

A organização da assistência à saúde do índio no âmbito do SUS subordinou-se, porém, aos avanços e retrocessos do processo de implantação do próprio SUS. Em 15/8/91 foram criadas, no Conselho Nacional de Saúde, as Comissões Intersetoriais (dentre elas a de Saúde do Índio - CISI), que teriam por funções a definição de políticas de saúde para os setores específicos e o assessoramento técnico ao CNS.

A FUNAI, com um corpo de profissionais experientes no lidar com as especificidades culturais dos indígenas (apesar de não terem treinamento antropológico), porém carentes de investimento financeiro e técnico, passou a articular-se em oposição frontal aos técnicos da FNS que, por sua vez, sofria de uma certa desorganização interna provocada pela junção das ex-SUCAM e Fundação SESP, tecnicamente bem formados. A estrutura verticalizante destas últimas instituições e a falta de experiência ou preparo específico de seus funcionários para lidar com as especificidades culturais, políticas e organizativas da Saúde do Índio chocaram-se com as necessidades emergenciais da assistência prestada pela FUNAI às populações indígenas.

Cabe aqui refletir sobre o papel das aspirações de cunho corporativista (por parte de ambas as instituições federais designadas responsáveis pela questão de saúde do índio, através do decreto 23) no processo, como responsáveis por grande parte dos retrocessos. Não obstante, a atuação da FUNAI sempre pautou-se pelo caráter emergencial de suas ações, pela tomada empírica de decisões isoladas, pelo “catastrofismo”, associado a fortes apelos emocionais que caracterizam a política da instituição de administrar por crises (Oliveira 1989). O fato do Ministério da Saúde assumir a questão indígena, embora desprestigiada, o que se refletiu na criação do órgão responsável (COSAI) em uma posição subalterna dentro de uma instituição fadada à extinção (FNS), veio contribuir com soma considerável de recursos, tanto financeiros quanto técnicos e humanos, e não, como argumentava a FUNAI

nesse período, através do deslocamento do financiamento das ações de saúde do índio da FUNAI para a COSAI. O desprestígio geral que as populações indígenas sofrem por parte da sociedade nacional refletia-se na FUNAI, com o seu quase estrangulamento financeiro, principalmente a partir do seu ingresso no Ministério da Justiça, onde a prioridade é a Polícia Federal. Já no Ministério da Saúde, embora o indígena também seja desprestigiado, existe uma estrutura técnica e mais democrática, permeável aos movimentos sociais, de distribuição dos recursos financeiros com fontes próprias de arrecadação (vide CPMF).

Porém, foi nesse contexto que se realizou o Fórum de Saúde do Índio, patrocinado pela FNS/COSAI, com ampla participação das duas instituições governamentais. Seguindo uma recomendação da CISI, foi criada a figura do NISI (Núcleos Interinstitucionais de Saúde do Índio), como fórum facilitador da integração interinstitucional a nível dos Estados, visando a implantação dos DSEI.

Entre 25 e 27 de outubro de 1993 realizou-se, em Luziânia, a 2ª Conferência Nacional de Saúde do Índio, antecedida por um amplo processo de conferências locais, estaduais e regionais, em que foi garantida a participação indígena com paridade desde o nível local. Esta Conferência delineou o Subsistema Diferenciado de Saúde do Índio, baseado nas figuras dos DSEI, Conselhos Distritais, NISI e CISI, com participação paritária de indígenas, ONG's, instituições de pesquisa e ensino e, naturalmente, FUNAI e FNS. Os NISI chegaram a funcionar em alguns estados, em especial Roraima e Mato Grosso. .

Como conseqüência do movimento de confronto FUNAI/FNS, o Decreto Presidencial 1141, de 1994, revogou os decretos 23, 24 e 25, constituindo uma Comissão Intersetorial, de caráter interministerial, que tem por função definir os programas e projetos nas áreas de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas.

A influência dos setores militares, que vinha desde a época em que a FUNAI pertencia ao Ministério do Interior, preocupada com a questão da política indígena (em particular aquelas que se tratavam de áreas de fronteira, além do receio de que certos setores internacionalistas tivessem ingerência na soberania nacional), também deve ter tido seu papel na promulgação do decreto 1141 que revogou o decreto 23 (Lima 1990; Oliveira 1993:9).

Em relação à saúde, a Comissão Intersetorial (CIS), em sua resolução nº 2, de 27/10/94, aprovou o “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio”, elaborado pela Subcomissão de Saúde da CIS, que contempla objetivos, estratégias e sistema de organização e gerenciamento na área de Saúde do Índio. O modelo seria operacionalizado com base nos Programas Integrais de Assistência à Saúde Indígena (PIASI), garantindo o reconhecimento das políticas de saúde deliberadas no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde do Índio, da CISI, e da CIS; a consonância das ações de saúde com as especificidades etnoculturais dos povos indígenas e implementação de programas de atenção integral para regiões definidas a partir de bases étnicas, epidemiológicas e geográficas; integração interinstitucional; priorização dos AIS; participação comunitária e criação dos Conselhos Consultivos Locais de Saúde, além de reconhecer os NISI, a CISI e a CIS como instâncias deste subsistema diferenciado vinculado ao SUS, além dos órgãos governamentais (Depto. de Saúde da FUNAI e COSAI/FNS) e, através de contrato de gestão, as organizações filantrópicas e instituições de pesquisa e ensino.

Finalmente, a resolução define as atribuições de caráter curativo à FUNAI e as de caráter preventivo ao Ministério da Saúde e FNS. A coordenação do Modelo é de responsabilidade da FUNAI. O Modelo não menciona os DSEI, embora aponte para esse sentido, descentralizando as instâncias de integração interinstitucional.

Entre 1994 e 1996, tendo como evento mais recente a 10ª Conferência Nacional de Saúde, o movimento de implantação dos Conselhos Locais pouco avançou, apesar de algumas experiências interessantes, por exemplo, no MT, RR e AM. A maioria dos NISI desarticulou-se, inclusive com a extinção dos poucos núcleos executivos interinstitucionais criados a partir deles. As discussões acerca das alternativas ao Modelo dos PIASI, através das propostas da Lei “Arouca” (baseada no modelo delineado na 2ª Conferência Nacional de Saúde do Índio) e do capítulo sobre Saúde do Estatuto do Índio, no Congresso Nacional e CISI, foram concomitantes às discussões na Casa Civil da Presidência da República, visando um consenso do Executivo (FUNAI/FNS) para o Estatuto do Índio.

A CISI não se reuniu durante todo um ano (entre agosto de 1995 e julho de 1996), devido a decisão do Conselho Nacional de Saúde comum para todas as Comissões, retornando, em agosto de 1996, às vésperas da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Nessa reunião, a CISI enfatizou a necessidade de implantação dos DSEI, como base de um subsistema cujas demais instâncias já estavam criadas legalmente, e a de realizar-se a 3ª Conferência Nacional de Saúde do Índio, apoiando moções nesse sentido, aprovadas nas poucas Conferências Estaduais de Saúde onde o movimento indígena já se articulara ao dos profissionais de saúde do índio, elegendo delegados índios (Roraima, Mato Grosso, Amazonas). Na 10ª Conferência Nacional de Saúde, houve uma mesa redonda sobre a questão de Saúde do Índio e os delegados indígenas conseguiram aprovar ambas as recomendações.

Atualmente, os NISI não funcionam, a CISI encontra-se esvaziada politicamente em relação ao Conselho Nacional de Saúde, os DSEI (exceto o DSY) não existem legalmente, a CIS nunca mais reuniu-se e a articulação FUNAI (sem verbas e sem um diagnóstico sistemático de sua organização no campo da saúde) e FNS (com verbas, porém

dificultada em suas atividades pela estrutura burocrática dos órgãos públicos para contratação de pessoal e liberação de verbas para o nível local) continua difícil. Apesar disso, em várias localidades, a articulação interinstitucional tem proporcionado um embrião de DSEI.

A SITUAÇÃO DE SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO ÍNDIO NO ÂMBITO DO SUS

A situação de saúde das populações indígenas brasileiras tem sido informalmente considerada como calamitosa. Dados informais recentes do Departamento de Saúde da FUNAI, que cremos superestimar a população, resultam em uma taxa de mortalidade de 790,27 óbitos por 100 mil habitantes!

As taxas de mortalidade parecem altas em comparação com o restante da população brasileira, embora discrepantes de área para área. A enorme subnotificação, inclusive de dados populacionais, a falta de consolidação e análise sistemática no nível central da FUNAI dos relatórios bimestrais das ADR's, e a predominância de infecções respiratórias, malária e causas desconhecidas testemunham a falta de assistência especializada para o tratamento e diagnóstico a nível local de doenças infecciosas, cujas letalidades são perfeitamente preveníveis através da atenção primária.

Os dados demográficos são discrepantes, de acordo com a instituição que os coletam (ONG's, FUNAI, IBGE e FNS), oficialmente variando de cerca de 250.000 a 340.000. O último censo nacional, de 1991, foi denunciado em algumas áreas como não tendo sequer visitado áreas de difícil acesso, baseando-se em dados secundários. A justificativa é de que este censo seria de responsabilidade da FUNAI, que não tem verbas para tal e nem se encontra presente no nível local em várias áreas (DSY, comunicação pessoal do coordenador). Não obstante a capacidade técnica do IBGE de coletar dados para o censo (desde que

com o apoio operacional das instituições de saúde) e a necessidade de que o censo nacional inclua a população indígena (evitando, assim, que a FUNAI desperdice recursos através da duplicação de ações, ou de um censo ineficaz como os anteriores, já que não contabilizaram a população urbana nem a FUNAI tem tecnologia e recursos para trabalhar grandes bancos de dados de um censo, visando o cruzamento de categorias como faixa etária, informações econômicas, sociais, de relações familiares, de saneamento, etc.), existem especificidades desta população que exigem uma adequação, através de formulário complementar, dos dados não coletados pelo censo nacional do ano 2000. Isso reduziria também, em muito, o custo de duplicação de questionários, pois o questionário nacional, em cerca de metade das questões, não se adequa à realidade das populações indígenas ou não coleta dados necessários para a análise ou para subsidiar o planejamento dos setores (públicos e privados) que trabalham com indígenas, como, por exemplo, na questão da situação das terras indígenas.

Os dados de morbidade sofrem dos mesmos problemas dos dados de mortalidade, agravados pela incapacidade de diagnóstico de grande parte dos profissionais locais (Agentes Indígenas de Saúde, Atendentes e Auxiliares de Enfermagem da FUNAI e ONG's ou mesmo indigenistas sem preparo para a área de saúde) e falta de recursos médicos e laboratoriais para confirmação diagnóstica, no nível local ou em postos de referência, que exigem recursos para traslado.

Não fossem somente estes problemas (ademais, segundo documento da Organização Pan-Americana de Saúde, não exclusivos das populações indígenas brasileiras), existe o problema técnico-estatístico de os indicadores habituais utilizados para diagnóstico de saúde serem apresentados de forma inadequada, pois grande parcela dos povos indígenas brasileiros não supera o total de 1.000 habitantes, com algumas raras exceções.

Há necessidade prioritária de um projeto integrado de sistema de informações antropológicas, populacionais e de saúde sobre as populações indígenas brasileiras para subsidiar o Subsistema Diferenciado de Saúde do Índio do SUS.

O relatório de Kusun *et al.* (1995) sobre a situação de saúde dos índios da Amazônia, mais conhecido como Amazon Health Report³, aponta, dentre suas conclusões, a necessidade imediata de estruturação e organização de um sistema de informações epidemiológicas fidedigno para orientar o planejamento, as ações de prevenção e controle de doenças e a assistência à saúde dos índios com bases epidemiológicas.

Ademais, a Conferência de Winnipeg (Canadá 1993), documentos da Organização Pan-Americana de Saúde, a Declaração Americana sobre os Direitos dos Povos Indígenas (aprovada pela comissão Interamericana de Direitos Humanos) e o artigo 231 da Constituição Federal Brasileira reconhecem aos índios o direito à sua organização, costumes, crenças e tradições, bem como seus direitos originários à terra que tradicionalmente ocupam. A consolidação e análise dos dados demográficos e de saúde, portanto, devem ser agrupados por etnias ou áreas indígenas e não por organização ou estrutura do órgão que os coletou.

Dessa forma, um Banco de Dados, centralizado e de amplo acesso via Internet, bem como publicações de circulação ampla, sobre as principais características etnoculturais, etnomédicas, de contato e da organização do sistema de saúde local, são pré-condições para um sistema de vigilância em saúde. Existem várias pesquisas nas áreas de Antropologia da Saúde e Etnomedicina, já realizadas e publicadas sobre o tema, porém, elas não se encontram amplamente disponíveis,

³ Este relatório foi encomendado pelo Banco Mundial ao Royal Tropical Institute of the Netherlands, com a participação, na equipe brasileira, da Fiocruz, das Universidades do Amazonas, Mato Grosso, UFRJ e Museu Nacional, financiado pelo BM e administrado pela MEPA.

limitando-se ao acesso de poucos centros de pesquisa existentes no Brasil (os mais conhecidos sendo a Fiocruz, as Universidades Federais de Santa Catarina, Mato Grosso, Amazonas, Museu Paraense Emílio Goeldi, Museu Nacional e ORSTOM, além de alguns poucos relatórios elaborados por ONG'S). No entanto, os dados antropológicos e, em particular, os etnomédicos e de contato, além de terem que ser ainda produzidos pela pesquisa em grande parte das áreas indígenas, não podem ser analisados por profissionais de saúde não capacitados e sim por alguns poucos antropólogos especializados em Antropologia da Saúde; em relação à coleta, também há a necessidade de orientação antropológica, mesmo que se utilizem dados coletados por profissionais de saúde.

O documento intitulado “Visão Política da COIAB com Relação à Saúde do Índio”, elaborado pela COIAB, organização indígena que informa representar 56 organizações membros de 163 povos que habitam 9 estados da Amazônia Brasileira, totalizando cerca de 204.000 indivíduos (60% da população indígena brasileira), distribuído na 1ª Reunião sobre Saúde Indígena no Projeto VIGISUS (Vigilância Epidemiológica do Sistema Único de Saúde, Ministério da Saúde/Banco Mundial, 14/15/10/97) resume, de forma exemplar, alguns problemas que ameaçam a sobrevivência e a saúde dos indígenas brasileiros:

“Em 1994, a situação dramática com os povos do Vale do Javari com incidência de malária, hepatite de todas as espécies (revelam) que o mais triste é que as Instituições Governamentais foram omissas diante da gravidade do problema e fizeram ouvidos de mercador em relação às indicações de Organizações Indígenas, buscado no diagnóstico realizado no local pelos AIS e as Instituições Não Governamentais (CIMI, Pastoral Indigenista, CIVAJA). A atividade invasora de madeireiros e grandes organizações mineradoras também pode ser mencionada e o mesmo aconteceu no Rio Marauíá, onde foi notificado 01 (um) caso de óbito por febre amarela, Deni do Rio Xeruã, a caminho do extermínio

por causa da Malária e TB, oncocercose na área Yanomami do Amazonas e Roraima, calazar, malária no rio Padauri, invasões de piassabeiros, piabeiros, garimpeiros, e todos em área Yanomami. No Médio Solimões tem casos de malária, hepatite, etc. Na comunidade de Santa Rosa - Distrito de Pará-Cachoeira, ocorreram 08 (oito) óbitos por hepatite.”

A despeito da argumentação contrária aos dados citados no referido documento, por falta de investigação acurada de um sistema de vigilância epidemiológica, e do tendenciosismo regional das afirmações quanto ao perfil das doenças citadas e dos serviços oferecidos, essa declaração da COIAB revela uma importante faceta da inadmissível situação de saúde dos povos indígenas brasileiros. Devemos acrescentar que, nas regiões nordeste, sul e sudeste, a predominância da desnutrição, infecções respiratórias agudas (IRA) e diarreias, agravadas pela falta de extensão territorial, apoio dos serviços públicos bem como pelas estreitas e predatórias relações de “fricção-interétnica” (cf. Cardoso de Oliveira), de povos com significativa expressão numérica (os Guarani são um dos povos mais numerosos do país), e ainda a existência de agravos de natureza crônico-degenerativa nestas regiões, inclusive no centro-oeste (como o diabete, a hipertensão e o risco de AIDS/DST), completam o perfil negativo de saúde das populações indígenas brasileiras.

Esse quadro é agravado pela inexistência de uma estrutura organizacional governamental do SUS (Sistema Único de Saúde), integrada às ONG's e com participação indígena, que chegue ao nível local. Nessa conjuntura, a proposta de organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e seu detalhamento normativo, a ser realizado na 3ª Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, são pré-condições para o estabelecimento de um sistema de vigilância em saúde, e mesmo de assistência e prevenção dos agravos à saúde e mortalidade dos povos indígenas brasileiros.

Finalmente, existe a necessidade (se projetarmos para um futuro a médio prazo a aspiração de implantação de um sistema de vigilância em saúde, e não somente a de um sistema de informações e vigilância epidemiológica, que são a prioridade da saúde no momento) de se encarar a diversidade étno-cultural e de contato como um dos principais aspectos que dificultam a identificação de fatores de risco dos agravos à saúde dos povos indígenas.

A organização dos serviços locais de Saúde do Índio e o Subsistema do SUS

O documento da COIAB, reforçando as intenções do artigo 196 da Constituição Federal, que diz que a saúde é um direito de todos e é dever do Estado, reivindicando o respeito aos direitos dos nativos brasileiros, que querem manter os aspectos etnoculturais que os diferenciam de outros segmentos da sociedade brasileira, mas reivindicando o direito de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde governamentais, embora declarando-se ainda não paternalista ou assistencialista, recomenda a organização de um sistema de saúde integrado interinstitucionalmente e com participação indígena no nível local (Conselho Local de Saúde dos DSEI, que deve ter autonomia financeira e administrativa).

Esta reivindicação se inspira e vem reforçar a Política Nacional de Saúde do Índio definida pela II Conferência Nacional de Saúde do Índio, que prevê as instâncias de um subsistema do SUS para a Saúde Indígena, ligado diretamente ao nível Federal, embora com articulações no nível Estadual através dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI) e controle nacional através da CISI. No âmbito do Ministério da Saúde, é necessário se prever um órgão para coordenar nacionalmente os DSEI.

Nesse ínterim, porém, a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio do Conselho Nacional de Saúde/CNS – órgão de controle social do Ministério da Saúde e definidor das políticas na área da saúde – teve, no início de seus trabalhos, em abril de 1998, a solicitação da Coordenação do CNS de elaborar recomendação ao Conselho (que, uma vez aprovada, pode tornar-se Portaria Ministerial) com as principais diretrizes para a criação do Distrito Sanitário Especial Indígena (único órgão do subsistema ainda não definido legalmente). Tal recomendação deveria incluir alguns casos concretos de aplicação dos princípios da Política de Saúde do Índio definida pela II Conferência Nacional de Saúde do Índio (CNSI) como propostas de criação dos primeiros DSEI. Nesse caso se adequam as experiências do Distrito Sanitário Yanomami, do Distrito Sanitário do Leste de Roraima, da Região do Alto Rio Negro, do Rio de Janeiro (cuja participação do município de Angra dos Reis é exemplar), dos vários Núcleos Locais estabelecidos no Estado do Mato Grosso após a resolução nº 2 da CIS, e de outras regiões menores do Amazonas e Rondônia.

A CISI resolveu analisar esses casos através de debate, procurando elicitare as experiências concretas os problemas e sucessos da aplicação dos princípios do SUS e da Política Nacional de Saúde do Índio, com o objetivo de iniciar a implantação do Subsistema de Saúde do Índio do SUS, minimizando os erros que acompanham a implantação de qualquer organização ou política estabelecida a partir de princípios ideológicos gerais ou inspirados em outras realidades diversas, como é o caso de outros países. Nesse particular, a contribuição que os artigos deste volume⁴ podem apresentar são de grande valor. A Oficina sobre DSEI's, realizada em Brasília recentemente por solicitação da CISI, com organização e financiamento da COSAI, em

⁴ Consultar o primeiro fascículo deste Volume, que trata de Etnicidade e Estados Nacionais.

setembro de 1998, consistiu em um passo importantíssimo para consolidação das propostas do Subsistema e divulgação a nível do Ministério da Saúde da questão indígena.

A oportunidade que o projeto VIGISUS do Banco Mundial vem apresentar, aceitando financiar a área de Saúde do Índio, em particular a implantação do Subsistema de Saúde do Índio do SUS, após anos de processo de luta política dos setores indígenas e indigenistas, é inestimável.

O Projeto VIGISUS (Vigilância Epidemiológica do Sistema Único de Saúde) visa a apoiar a constituição de setores de Vigilância Epidemiológica a níveis municipal, estadual e nacional no âmbito do SUS. A cargo do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) da FNS, o VIGISUS possui um componente específico de Saúde do Índio cujos objetivos não são exatamente os mesmos do componente não-indígena. Não obstante, os objetivos técnicos de organização de um sistema de Vigilância Epidemiológica (e em Saúde) no subsistema indígena não devem ser subestimados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO ÍNDIO, 2. 1993. *Relatório Final*. Luziânia.
- BLACK, F. L. 1994. Infecção, Mortalidade e Populações Indígenas: Homogeneidade Biológica como Possível Razão para Tantas Mortes. In: SANTOS, R.V. & COIMBRA Jr. C.E.A. (orgs.). *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, p.63-87.
- BRASIL. 1994. *Decreto Presidencial n° 1.141/94*.
- BRASIL. 1991. *Decreto Presidencial n° 23/91*.
- CEREZNIA, D. 1987. Política indigenista e assistência à saúde. Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cad. Saúde Públ.*, 3(4):388-401.

COMISSÃO INTERSETORIAL. *Resolução N° 2.*

- DE SOUZA *et al.* 1994. Saúde e Doença Grupos Indígenas Pré-Históricos do Brasil: Paleopatologia e Paleoparasitologia. In: SANTOS, R.V. & COIMBRA Jr. C.E.A. (orgs.). *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, p.21-42.
- FARAGE, N. 1991. *As Muralhas dos Sertões: os povos indígenas no Rio Branco e a colonização*. Rio de Janeiro, Paz e Terra/ANPOCS.
- LIMA, A.C.S. 1992. O Governo dos Índios sob a gestão do SPI. In: CARNEIRO DA CUNHA, M. (org.). *História dos Índios no Brasil*. São Paulo, Companhia das Letras.
- LIMA, A.C.S. 1990. A Face da ESG do Brasil Novo de Collor. *Resen. Debate*, (2): 8-12.
- OLIVEIRA, J.P. 1993. Três modelos de intervenção do Estado no reconhecimento das terras indígenas: democratização, remilitarização e reflexos da UNCED. *Resen. Debate*, maio.
- OLIVEIRA, J.P. & ALMEIDA, A.W.B. 1989. Demarcação e Reafirmação étnica: um ensaio sobre a FUNAI. In: OLIVEIRA FILHO, J.P. (org.). *Os Poderes e as Terras dos Índios*. Rio de Janeiro, Museu Nacional/UFRJ. (Comunicação n° 14).
- RIBEIRO, D. & MOREIRA-NETO, C. 1992. *A Fundação do Brasil. Testemunhos 1500-1700*. Petrópolis, Vozes.
- RIBEIRO, D. 1970. *Os Índios e a Civilização*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- UNICEF/OMS. (s.d.). *Proposições alternativas para o atendimento das necessidades básicas de saúde nos países em desenvolvimento*. Doc. E/ICEF/L.1322.

Recebido em: 29.06.98

Aprovado em: 14.01.99