

**SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL: ATUAL QUADRO  
JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DO ESTADO BRASILEIRO E  
DESAFIOS PARA A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE  
DA POPULAÇÃO INDÍGENA**

*INDIGENOUS HEALTH IN BRAZIL: CURRENT JURIDICAL  
SCENERY AND THE CHALLENGES TO GUARANTEE THE  
RIGHT TO HEALTH OF INDIGENOUS POPULATIONS*

---

*Fernando Aith<sup>(\*)</sup>*

**RESUMO**

O presente artigo apresenta como o ordenamento jurídico brasileiro organizou o Estado para que este assegure o direito à saúde dos povos indígenas. Inicialmente, trata de como a Constituição Federal e a legislação brasileira reconhecem aos índios o direito à saúde. Em seguida, aborda alguns aspectos relevantes sobre a saúde indígena inseridos no Estatuto do Índio e na Lei Orgânica da Saúde. Neste documento, trabalha com especial atenção a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Considerando-se que a União é o principal ente federativo responsável pelos índios no Brasil e que no âmbito da União, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, é a instituição responsável pelo atendimento dos índios no que se refere à saúde, o artigo apresenta a organização desta Fundação Pública para o atendimento desta importante missão. Finalizando, são elencados alguns dos principais desafios hoje presentes para que o direito à saúde indígena seja de fato respeitado no Brasil.

**Palavras-chave**

Direito à Saúde; Saúde Indígena; Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

---

(\*) Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), mestre em Filosofia e Teoria Geral do Direito pela Faculdade de Direito da USP, especialista em Direito Médico e da Saúde pela *Université de Paris 8*, pesquisador do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário e professor da Escola de Direito da Fundação Getúlio Vargas — São Paulo. *E-mail*: <feath@uol.com.br>. Recebido em 12.08.08. Aprovado em 30.09.08.

**ABSTRACT**

This article presents how Brazil has organized health care to indigenous people. In Brazil, indigenous people has the right to health assured by the Constitution. In order to accomplish the obligation of treating indigenous people, Brazil has created the Indigenous Health Treatment System. This system is coordinated by the National Health Brazilian Foundation. This article develops some of the main aspects of the structure and actions of the National Health Brazilian Foundation. At the end, there is a discussion of the main obstacles to the accomplishment of indigenous people right to health.

**Keywords**

Brazilian Indigenous Health Treatment System; Indigenous Health; Right to Health.

**INTRODUÇÃO**

A relação entre a sociedade brasileira e os povos indígenas sempre foi complexa. Embora a questão das terras indígenas seja mais discutida publicamente, existe um tema que a sociedade e o Estado brasileiros devem se debruçar para evitar reiteradas violações à dignidade dos índios: a saúde indígena.

Atualmente de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a organização do Estado brasileiro para a atenção à saúde indígena ainda está em evolução. O presente artigo irá apresentar como o ordenamento jurídico brasileiro organizou o Estado para que este assegure o direito à saúde dos povos indígenas.

Inicialmente, veremos como a Constituição Federal e a legislação brasileira reconhecem aos índios o direito à saúde. Em seguida, serão abordados alguns aspectos relevantes sobre a saúde indígena inseridos no Estatuto do Índio e na Lei Orgânica da Saúde. Neste documento, será especialmente trabalhada a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Considerando-se que a União é o principal ente federativo responsável pelos índios no Brasil e que no âmbito da União, a Fundação Nacional de Saúde — FUNASA, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, é a instituição responsável pelo atendimento dos índios no que se refere à saúde, este artigo apresentará a organização desta Fundação Pública para o atendimento dessa importante missão.

Finalizando, serão elencados alguns dos principais desafios hoje presentes para que o direito à saúde indígena seja de fato respeitado no Brasil.

## **I. O DEVER CONSTITUCIONAL DO ESTADO BRASILEIRO DE PROTEGER E PRESERVAR OS DIREITOS DAS COMUNIDADES INDÍGENAS**

Um dos grandes avanços da Constituição Federal de 1988 foi o reconhecimento expresso dos direitos dos povos indígenas que habitam o território brasileiro. Junto com este reconhecimento também ficou definido o dever do Estado de proteger e preservar os direitos das comunidades indígenas.

O Título VIII da Constituição de 1988, que trata da Ordem Social, dedicou um capítulo inteiro para a afirmação dos direitos indígenas no país, estampando nos arts. 231 e 232 as bases jurídicas de proteção dos índios. Embora o grande foco dos dispositivos constitucionais dedicados ao tema tenha sido a questão da terra, os constituintes brasileiros não descuidaram de outros direitos de extrema importância para os índios, tais como a preservação de sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições.

Nesse sentido, é que o art. 231 apresenta o que pode ser classificado como o grande marco jurídico de proteção dos índios no país, ao dispor que *“são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens”*.

Mesmo quando se refere à questão da terra indígena, a Constituição deixa evidente a relação existente entre a preservação das terras tradicionalmente ocupadas pelos povos indígenas e o bem-estar destes povos. Ou seja, o reconhecimento e a proteção das terras indígenas são pressupostos básicos para a garantia de outros direitos dos povos indígenas, entre eles o direito à saúde.

Não é por outra razão que o § 1º do art. 231 da Constituição Federal considera como sendo terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.

É bom lembrar, portanto, que a Organização Mundial de Saúde (OMS), no preâmbulo de sua Constituição (1946), dispõe que *“saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”*. Ou seja, para a garantia do direito à saúde dos povos indígenas é necessário garantir condições dignas de vida que assegurem a eles um completo bem-estar físico, mental e social, considerando-se suas especificidades culturais.

A União assume, no desenho constitucional de proteção ao índio, um papel estratégico, pois a ela compete a demarcação das terras indígenas e a

proteção de seus direitos. No entanto, é importante ressaltar que uma grande inovação da Constituição de 1988 foi a de reconhecer aos indígenas a capacidade jurídica processual. No novo modelo constitucional, os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, devendo o Ministério Público intervir em todos os atos do processo. Dentro desta nova sistemática os índios podem, quando violados os seus direitos, recorrer diretamente ao Poder Judiciário para demandar o cumprimento da Constituição e da legislação de proteção ao indígena existente no Brasil.

## **II. A SAÚDE COMO UM DIREITO CONSTITUCIONAL DOS POVOS INDÍGENAS**

A Constituição de 1988 reconheceu expressamente a saúde como um direito fundamental em seus arts. 6º e 196<sup>(1)</sup>. O reconhecimento constitucional da saúde como um direito significou um grande avanço do Estado Democrático de Direito brasileiro e acarretou em múltiplas inovações legislativas e institucionais, revelando um vasto campo do conhecimento jurídico a ser desbravado. É sempre bom lembrar que a saúde não era reconhecida como um direito antes da Constituição de 1988 e, por tal razão, o Estado não tinha os deveres hoje previstos no texto constitucional e na legislação complementar.

O reconhecimento da saúde como um direito estende o dever estatal também à proteção do direito à saúde indígena. Ou seja, a organização do Sistema Único de Saúde deve ser pensada e organizada de forma a inserir os povos indígenas no seu campo de ação. Não é por outra razão que o legislador inseriu na Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, por meio da Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999, um capítulo específico dispendo sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Passados vinte anos da aprovação do texto constitucional e do reconhecimento expresso da saúde como um direito, os desafios que se impõem no campo da ciência jurídica e da saúde pública no Brasil concentram-se na necessidade de se oferecer aos cidadãos garantias concretas e eficazes para que o direito à saúde seja efetivamente desfrutado.

---

(1) Na íntegra:

"Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição."

"Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

Para se pensar na concretização do direito à saúde indígena, convém refletir, ainda que brevemente, sobre os contornos jurídico-constitucionais do conceito de saúde, iniciando-se com uma abordagem jurídica do tema.

O conceito de saúde somente pode ser determinado considerando-se a realidade de uma sociedade concreta, cujos cidadãos participem tanto da definição de seus contornos gerais, como do controle de sua fixação em cada caso particular. Isso porque, desde o início da história ocidental, as sociedades sempre reconheceram a influência da cidade e do tipo de vida de seus habitantes sobre a saúde individual, tendo identificado, inclusive, a relação de certas doenças com o ambiente de trabalho<sup>(2)</sup>.

Apesar da força da corrente de pensamento que buscou conceituar a saúde como sendo a ausência de doenças e que se afirmou no século dezoito, com o predomínio do paradigma positivista na ciência — a experiência de uma Grande Guerra apenas 20 anos após a anterior, provocada pelas mesmas causas que haviam originado a predecessora e, especialmente, com capacidade de destruição várias vezes multiplicada, restabeleceu-se a vinculação indissociável entre o estado de saúde das pessoas e o ambiente social onde elas se inserem. Assim, a sociedade que sobreviveu a 1944 afirmou que a saúde é um direito essencial dos seres humanos e criou a Organização Mundial de Saúde (OMS) que, no preâmbulo de sua Constituição (1946), assim a conceitua: “Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Esse é o principal conceito jurídico expressamente previsto em um instrumento legal que possui vigência no Brasil.

Ora, em termos de hermenêutica jurídica, a complexidade e amplitude desse conceito, que reconhece a essencialidade do equilíbrio interno dos seres humanos com o ambiente (bem-estar físico, mental e social) para a compreensão da saúde, faz com que ele somente possa ser determinado em cada realidade socioeconômica e cultural. Ou seja, para se definir o conceito jurídico de saúde é preciso analisar concretamente o contexto socioeconômico-cultural em que uma eventual violação ao direito à saúde ocorreu. Essa compreensão fica ainda mais fundamental quando nos referimos à saúde dos povos indígenas.

Para se ter saúde é preciso considerar, ao mesmo tempo, as características individuais, físicas e psicológicas e, também, o ambiente social e econômico em que vive a pessoa — tanto o ambiente mais próximo das

---

(2) Vejam-se os trabalhos de Hipócrates (HIPOCRATES. *The medical works of Hipocrates: a new translation from the original greek made especially for English readers by the collaboration of John Chadwick and W. N. Mann.* Springfield, Ill. Thomas, 1950. p. 90-111), Paracelsus (PARACELUSUS. *On miner's sickness and other miner's diseases.* In: PARACELUSUS. *Four treatises of Theophrastus von Hohenheim called PARACELUSUS.* Baltimore: Johns Hopkins Press, 1941. p. 43-126) e Engels (ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra.* São Paulo: Global Ed., 1986), por exemplo.

pessoas como o ambiente macrorregional ou global. Portanto, ninguém pode, individualmente, ser responsável por sua saúde. Com efeito, não se pode negar que o arranjo genético influi decisivamente para o aparecimento de doenças, ou que uma queda de certa altura implicará, muito provavelmente, uma fratura óssea e que, em ambas as hipóteses, a saúde se encontra prejudicada. Do mesmo modo, uma pessoa angustiada ou deprimida não se dirá saudável. Todas estas situações estão mais próximas das características individuais, embora seja possível encontrar em todas elas traços que as ligariam à organização social ou política que as envolvem.

Assim, aquele determinado arranjo genético pode ser o resultado de gerações vividas em ambientes contaminados; a queda, decorrer da ausência de medidas eficazes de proteção, que o país não exige serem implementadas; a angústia ter sido gerada pelo anúncio da supressão de postos na empresa onde a pessoa trabalha; ou a depressão ser conseqüente à incapacidade de encontrar emprego, que já dura muitos meses. Esses exemplos mostram que existe, na realidade, um *continuum* na noção de saúde, que tem em um de seus pólos as características mais próximas do indivíduo físicas e mentais e, no outro lado, aquelas características mais diretamente dependentes da organização sociopolítica e econômica dos Estados ou das comunidades.

Examinando-se o outro extremo, pode-se verificar que a existência de mosquitos contaminados com o vírus da dengue ou de aves portadoras do vírus da gripe aviária, ou ainda, a circulação de alimentos industrializados impróprios para o consumo, ameaçam a saúde de toda a população e que as pessoas individualmente pouco podem fazer para se protegerem. De fato, o desmatamento provocado pelo crescimento urbano gerou a urbanização de certos mosquitos, que podem ser contaminados pelo vírus da dengue ou da febre amarela, e apenas um programa contínuo de controle epidemiológico poderá controlar a quantidade desses possíveis vetores da doença.

Não basta, portanto, que uma pessoa use todos os meios ao seu alcance para matar os mosquitos. Se os seus vizinhos não fizerem o mesmo, esta pessoa continuará correndo o risco de receber uma picada e contrair a dengue. Do mesmo modo, para evitar que a água poluída do rio seja capaz de provocar uma epidemia entre os índios que dela bebem, é preciso que o Estado adote ações eficazes para o controle da qualidade desta água.

Podemos aqui também observar o mesmo *continuum* na conceituação de saúde, pois, embora em todas as hipóteses referidas exista uma predominância da organização social, nacional e global, produzindo doenças, é sempre possível aceitar que as condições físicas e psicológicas das pessoas possam tornar mais fácil ou dificultar seu adoecimento. Assim, não se deve descartar ou menosprezar a importância das características genéticas, físicas e mentais do indivíduo em seu estado de saúde.

Em resumo, a saúde é determinada por um conjunto de fatores concretos que orientam a vida do indivíduo. Influem na saúde, portanto, fatores individuais, como as condições físicas e mentais; fatores sociais, como o ambiente urbano insalubre ou a ausência de serviços básicos; fatores econômicos, como a recessão e o desemprego; fatores políticos, como a discriminação e as guerras civis.

Destas considerações iniciais, surge o primeiro grande desafio relacionado com a saúde indígena no país. A complexidade dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, somada às peculiaridades das diferentes culturas indígenas que temos no Brasil, obrigam o Estado brasileiro a planejar, organizar e executar políticas públicas específicas, voltadas à saúde indígena. Para tanto, é necessário um alto nível de conhecimento e elevada capacidade de compreensão das necessidades dos índios.

### **III. O TRATAMENTO DA SAÚDE INDÍGENA NO ESTATUTO DO ÍNDIO**

O Estatuto do Índio, aprovado pela Lei Federal n. 6.001, de 19 de dezembro de 1973 e ainda vigente no Brasil, é o principal documento normativo que regula a situação jurídica dos índios e das comunidades indígenas no país.

De acordo com o art. 1º, parágrafo único, do Estatuto do Índio, aos índios e às comunidades indígenas se estende a proteção das leis vigentes no Brasil, nos mesmos termos que se aplicam aos demais brasileiros, resguardados os usos, costumes e tradições indígenas, bem como as condições peculiares reconhecidas no Estatuto. Nesse sentido, aplica-se também aos índios o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas que promovam o acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde.

No que se refere às obrigações dos entes federativos para a proteção dos direitos dos índios, o art. 2º do Estatuto do Índio dispõe que compete à União, aos Estados e aos Municípios, bem como aos órgãos das respectivas administrações indiretas, nos limites de sua competência, adotar diversas ações para a proteção das comunidades indígenas e a preservação dos seus direitos. Dentre outras medidas a serem adotadas, destacam-se: estender aos índios os benefícios da legislação comum, sempre que possível a sua aplicação (art. 2º, I); prestar assistência aos índios e às comunidades indígenas ainda não integradas à comunhão nacional (art. 2º, II); respeitar, ao proporcionar aos índios meios para o seu desenvolvimento, as peculiaridades inerentes à sua condição (art. 2º, III); executar, sempre que possível mediante a colaboração dos índios, os programas e projetos tendentes a beneficiar as comunidades indígenas (art. 2º, VII).

Pelo atual ordenamento jurídico, portanto, os índios que habitam o território brasileiro têm direitos iguais aos de qualquer cidadão brasileiro, devendo o Estado garantir estes direitos de forma ampla e diferenciada. São aplicáveis à proteção dos índios toda e qualquer lei que estabeleça ou defina direitos aos cidadãos.

No que se refere à saúde, especificamente, o Estatuto do Índio prevê, em seu art. 54, que *“os índios têm direito aos meios de proteção à saúde facultados à comunhão nacional”*. Ou seja, os indígenas têm, hoje, direito aos serviços públicos de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde — (SUS). Mais do que isso, de acordo com as regras definidas no art. 2º supra-citado, o direito dos índios de acesso aos serviços públicos de saúde oferecidos pelo SUS deve ser garantido também por meio do respeito às suas peculiaridades culturais, assim como devem ser organizados para, tanto quanto possível, contarem com a colaboração dos índios na sua execução.

A atenção à saúde indígena foi organizada por meio da Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999, que introduziu na Lei n. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) todo um novo Capítulo denominado *“Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena”*. Este subsistema, vinculado ao Sistema Único de Saúde, procura articular as ações e serviços públicos de saúde oferecidos pelo SUS no âmbito nacional com as peculiaridades e especificidades de atendimento aos índios. Convém analisar, com vagar, a organização jurídica da atenção à saúde indígena no Brasil.

#### **IV. O SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA, CRIADO PELA LEI N. 8.080/90, E OS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS — DSEI**

As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, tiveram a sua organização jurídica definida pelos arts. 19-A a 19-H da Lei n. 8.080/90, inseridos nesta Lei pela Lei n. 9.836/99.

O novo regramento criado em 1999 instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, dispondo que este será um componente do Sistema Único de Saúde — SUS, criado e definido pelas Leis n. 8.080/90 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A idéia original é que o Subsistema de Saúde Indígena funcione em perfeita integração com o SUS, baseando-se nas mesmas diretrizes de universalidade, regionalização, integralidade e participação da comunidade na organização e gestão dos serviços.

Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Por essa razão, é que se afirma, com tranqüilidade, que o papel da União no que se refere à saúde indígena é um papel

fundamental, protagonista. O financiamento da União pode ser direcionado para o custeio dos serviços prestados diretamente por seus órgãos da Administração direta e indireta (notadamente, o Ministério da Saúde e a FUNASA), ou ainda, pode ser direcionado para o pagamento de serviços prestados por terceiros, sejam eles os Municípios ou as instituições conveniadas de direito privado.

Compete ao Sistema Único de Saúde promover a articulação do Subsistema de Saúde Indígena com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País, notadamente a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e o Ministério da Justiça. Neste aspecto, um dos grandes desafios da Administração Federal é o de promover uma articulação efetiva e eficaz entre FUNAI e FUNASA para que consigam reunir as informações estratégicas relevantes e, com elas, elaborar um bom plano de ação voltado ao atendimento da saúde indígena no país.

Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações de atenção à saúde indígena. No que se refere ao custeio, a parte substancial do financiamento dos serviços de saúde para os índios é da União. Estados e Municípios ingressam com recursos residuais, ainda muito incipientes se confrontados com as necessidades de melhoria e desenvolvimento dos serviços.

No que se refere à execução dos serviços de saúde voltados aos índios, convém destacar que na atual conformação do Subsistema de Saúde Indígena, os Municípios e as organizações não governamentais — ONGs, têm ocupado um papel cada vez maior. A União, mediante convênios e contratos, financia a prestação dos serviços que acabam sendo executados, na prática, pelos Municípios, por meio da rede municipal de saúde, e pelas ONGs conveniadas, que recebem recursos para prestar diversos tipos de serviços de atenção à saúde diretamente nas comunidades indígenas.

Na organização dos serviços de saúde indígena, como dito, deve-se obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas. O modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena deve ser pautado 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. Essa concepção ampla da atenção à saúde indígena reforça a necessidade de articulação entre os órgãos de saúde e aqueles que cuidam da política indígena no Brasil, pois, temas como nutrição, demarcação de terras e habitação devem necessariamente ser tratados de uma maneira interinstitucional.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena organizado pela Lei Orgânica da Saúde tem como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas — DSEIs.

## **1. Modelo de organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas — (DSEIs)**

A conformação territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas leva em consideração diversos critérios sociais, antropológicos, sanitários e administrativos, dentre os quais destacam-se os seguintes: população; área geográfica; perfil epidemiológico; disponibilidade de serviços; recursos humanos; infra-estrutura; vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional e distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não necessariamente coincide com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

Conforme a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, definida pela Portaria MS n. 254, de 31 de janeiro de 2002, cada distrito deve possuir uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas. Esta rede de serviços deve seguir as mesmas diretrizes de organização do SUS, ou seja, deve organizar-se de forma integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde.

As equipes de saúde dos distritos são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários.

O número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes serão estabelecidos de acordo com um Plano, que deve considerar, dentre outros aspectos: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde.

Nas aldeias, a atenção básica organiza-se com base na atuação dos Agentes Indígenas de Saúde, que ficam nos postos de saúde. Também fazem parte da atenção básica aos índios, as equipes multidisciplinares que devem visitar as aldeias periodicamente.

No que diz respeito aos serviços de saúde com maior complexidade, as comunidades indígenas contam com os Pólos-Base. Os pólos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias e podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. O modelo prevê que a maioria dos agravos à saúde serão resolvidos nesse nível de atenção à saúde. É exatamente neste aspecto que o sistema de atenção à saúde indígena está cada vez mais se municipalizando, de forma que os Municípios

têm assumido um papel protagonista no subsistema de atenção à saúde indígena. Isto porque as demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Pólos-Base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena.

Para garantir o acesso dos índios à atenção de média e alta complexidades, são definidos procedimentos de referência, contra-referência e mecanismos de incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados. Dentre outros serviços diferenciados, destacam-se aqueles que influenciam o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas, tais como os relativos a alimentação, acompanhamento por parentes e intérpretes, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes nos quartos, entre outros serviços considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço. Em tese, também devem ser disponibilizados aos índios serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde.

Os serviços de maior complexidade são prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos distritos, a partir da readequação das Casas do Índio. Estas Casas de Saúde devem receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso.

Dentro da sistemática criada, o SUS funciona como uma retaguarda do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, sendo, em último caso, o destino dos índios com problemas de saúde que não conseguem resolutividade dentro do subsistema especial acima mencionado. Para propiciar a integração entre o SUS e as necessidades indígenas, bem como a prestação de um serviço integral e sem discriminações, os serviços do SUS devem adaptar a sua estrutura e organização, principalmente nas regiões onde residem as populações indígenas. De acordo com a Política Nacional de Saúde Indígena, os índios devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Finalmente, para assegurar a qualidade e resolutividade dos serviços prestados no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena, as populações indígenas têm direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.

## **V. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS — PORTARIA MS N. 245, DE 31 DE JANEIRO DE 2002**

As ações a serem desenvolvidas no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foram planejadas por meio da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

A Portaria do Ministério da Saúde n. 254, de 2002, que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, estabelece os princípios e diretrizes a serem seguidos para a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde. Dentre os princípios e diretrizes definidos na Política de Saúde Indígena, destacam-se: descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social.

Para a efetivação de um sistema de saúde que dê conta das necessidades reais dos povos indígenas, a Portaria prevê a necessidade de se criar uma rede de serviços de saúde nas terras indígenas capaz de superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS. Para tanto, é necessária a organização de serviços de saúde diferenciados, que respeitem as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos.

A fim de alcançar esses objetivos, a Política Nacional de Saúde Indígena estabelece algumas diretrizes, que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas: organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam; preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; promoção do uso adequado e racional de medicamentos; promoção de ações específicas em situações especiais; promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena; controle social, por meio dos Conselhos Distritais de Saúde instalados no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais com a participação dos índios.

A cada uma dessas diretrizes a Portaria MS n. 254, de 2002, estabelece um conjunto de orientações a serem seguidas pelos agentes públicos e colaboradores que atuam no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A análise jurídica do modelo de organização do Estado brasileiro para a atenção à saúde indígena mostra que, ao menos em termos normativos, existe um conjunto articulado de princípios e diretrizes políticas e administrativas para oferecer aos povos indígenas uma atenção à saúde adequada. O

desafio atual reside, portanto, na execução prática das normas e diretrizes jurídicas existentes. Analisemos, assim, alguns aspectos relevantes sobre o principal órgão federal responsável pela saúde indígena, a Fundação Nacional de Saúde — FUNASA.

## **VI. A FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE — FUNASA COMO ÓRGÃO FEDERAL RESPONSÁVEL PELA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL**

Desde a edição da Medida Provisória n. 1.911-8, de 1999, a responsabilidade da União no que se refere à atenção à saúde indígena encontra-se no âmbito da competência legalmente atribuída à FUNASA, órgão vinculado ao Ministério da Saúde.

A inclusão da saúde indígena como área de competência do Ministério da Saúde foi reafirmada pela aprovação da Lei Federal n. 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios. Dispõe o art. 27, XX, c, da Lei n. 10.683/03: “Os assuntos que constituem áreas de competência de cada Ministério são os seguintes: (...); XX — Ministério da Saúde: (...) c) saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e índios.”

Pouco após a publicação da Lei n. 10.683/03, o Decreto Federal 4.727, de 9 de junho de 2003, veio confirmar que a competência específica de promoção, proteção e recuperação da saúde indígena ficaria sob a incumbência da Fundação Nacional de Saúde. Este Decreto aprova o Estatuto Social da FUNASA, definindo em seu art. 2º a competência expressa de “assegurar a saúde dos povos indígenas”.

Para cumprir esta competência, a FUNASA conta em sua estrutura com um Departamento de Saúde Indígena (art. 5º, III, b, do Estatuto). De acordo com o art. 20, I a IV, do Estatuto da FUNASA, ao Departamento de Saúde Indígena compete planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relativas à: proposição de políticas e de ações de educação em saúde pública voltada para a assistência à saúde das populações indígenas; promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas, segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada comunidade; organização das atividades de atendimento integral à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde e às ações e serviços desenvolvidos pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, assegurando os serviços de atendimento básico nas terras indígenas.

De acordo com o art. 78, V, do Regimento Interno da FUNASA, o Departamento de Saúde Indígena — DESAI tem ainda a competência de

planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relativas aos sistemas e serviços de saneamento ambiental em áreas indígenas, em articulação com o Departamento de Engenharia da FUNASA. Trata-se de ação importantíssima de saneamento básico nas áreas indígenas, problema que vem se agravando de forma dramática no país.

Como estratégia administrativa para melhor cumprir os seus objetivos, a FUNASA organiza-se em Coordenações Regionais, unidades descentralizadas do órgão e vinculadas à Presidência da Fundação. As coordenações regionais têm a competência de coordenar, supervisionar e desenvolver as atividades da FUNASA nas suas respectivas áreas de jurisdição. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, na estrutura da FUNASA, estão vinculados administrativamente às coordenações regionais. Cada Distrito Sanitário tem um Chefe de Distrito, responsável pela execução das ações necessárias à proteção da saúde indígena, em especial no nível da atenção básica.

As responsabilidades da FUNASA no que se refere à saúde indígena são grandes; mas, ainda percebe-se que a Fundação não possui estrutura adequada para dar conta de tamanho desafio. A saúde indígena no Brasil necessita, sem dúvida, de um órgão federal bem aparelhado e equipado, com servidores públicos qualificados, capacitados e sensibilizados para o atendimento específico dos povos indígenas. Certamente, ainda há muito o que se evoluir para que a FUNASA consiga prestar, efetivamente, um bom serviço de atenção à saúde indígena no Brasil. Para que esta evolução se torne realidade, é preciso enfrentar os grandes desafios que podem ser vislumbrados e que serão percorridos a seguir.

## **VII. DESAFIOS DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA**

Neste ano de 2008, um grande evento indígena reuniu em torno de 800 (oitocentas) lideranças representando mais de 230 (duzentos e trinta) povos indígenas das distintas regiões do país, por ocasião da mobilização indígena nacional, o chamado **Abril Indígena — Acampamento Terra Livre 2008**.

O evento teve como objetivo analisar a situação dos direitos dos índios no Brasil e partilhar as realidades e aspirações dos povos indígenas que vivem em território nacional. As lideranças ali reunidas redigiram uma síntese do encontro, em um texto intitulado *Abril Indígena 2008 — Documento Final do V Acampamento Terra Livre*. Neste texto, há um item que trata expressamente da questão da saúde. Pela relevância e contundência do ali exposto transcreve-se aqui integralmente, uma vez que resume de forma bastante evidente os principais desafios a serem enfrentados no Brasil para a melhoria da atenção à saúde indígena:

*“(...) Diante desse quadro, os nossos povos mostram-se indignados e dispostos a lutarem, se necessário sacrificando a própria vida, para termos garantidos os nossos direitos. Dessa forma, exigimos do Governo brasileiro respostas urgentes e de relevante impacto, de caráter emergencial, mas sobretudo estruturante, às demandas apresentadas por nós nos últimos cinco anos e que pouco foram atendidas. Reafirmamos, porém, atenção especial às seguintes reivindicações e propostas:*

*(...)*

*3. Reformulação urgente da política de saúde voltada aos povos indígenas, garantindo o fim da dizimação em curso que vitima os povos indígenas do Mato Grosso do Sul e do Vale do Javari, dentre tantos, aonde são registrados altos índices de doenças endêmicas e epidêmicas como a dengue, a desnutrição, malária, tuberculose, hepatite, hanseníase e conseqüente alta mortalidade infantil. Este quadro, onde é clara a precariedade ou falta total de atendimento, tem provocado elevados índices de morte por desassistência. A Funasa, órgão responsável pela saúde indígena, até hoje não tem se estruturado para oferecer um serviço à altura das nossas necessidades. São crônicos os problemas de demora na liberação de recursos e de medicamentos, de por si já escassos, a falta de profissionais, de infra-estrutura e condições de trabalho nos pólos-base, postos de saúde e Casas do Índio, para as ações preventivas e curativas. A centralização retirou autonomia financeira e de gestão aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas — DSEI, e os índios são discriminados na rede do Sistema Único de Saúde. Este quadro tende a se agravar com a partidarização da saúde indígena, a terceirização e municipalização do atendimento e o desrespeito ao controle social exercido pelos Conselhos Distritais<sup>(3)</sup>.*

Com base no exposto neste breve artigo, podemos identificar como principais desafios no campo da saúde indígena no Brasil:

- a) a organização do Subsistema de Saúde Indígena, atualmente sob a atribuição da Fundação Nacional de Saúde — FUNASA, entidade vinculada ao Ministério da Saúde, necessita melhorar os seus recursos humanos e materiais, para que se tornem suficientes a fim de dar conta da atenção à saúde indígena no Brasil;
- b) as ações e serviços oferecidos pela FUNASA aos índios devem adequar-se, respeitando as especificidades da organização social, costumes, línguas, crenças e tradições dos povos indígenas;
- c) os índios que migram para as cidades estão, na atual sistemática de atenção à saúde indígena, à margem do sistema de atenção à saúde

---

(3) Documento Final do V Acampamento Terra Livre — Abril Indígena 2008.

indígena no Brasil, em decorrência de uma organização dos serviços da FUNASA, que ignora os indígenas que habitam áreas urbanas. Ao se integrarem ao espaço urbano, os índios passam a ocupar um curioso papel social na medida em que não são mais reconhecidos como indígenas, mas também, não são considerados cidadãos como todos os demais, sendo inclusive recorrentes as denúncias de discriminação no atendimento do indígena urbano em unidades do SUS;

d) os mecanismos de participação dos índios na gestão e no controle das políticas de saúde indígenas implementadas mostram-se, atualmente, precários e insuficientes às suas necessidades e peculiaridades;

e) o processo de municipalização dos serviços básicos de saúde oferecidos às aldeias indígenas, acelerado pela Portaria MS 2.656, de 17 de outubro de 2007, está desvirtuando o subsistema indígena e causando sérios problemas de atendimento, dentre os quais o de discriminação e o de inadequação dos serviços oferecidos às necessidades indígenas;

f) os serviços de organização de sistemas de saneamento básico e abastecimento de água potável nas aldeias indígenas ainda são precários e incipientes;

g) as condições de atendimentos aos índios que moram nas aldeias e necessitam de serviço especializado no âmbito do SUS são precárias e, muitas vezes, insuficientes. As condições geográficas de certas aldeias dificultam este trabalho e, nesse sentido, há ausência de soluções adequadas para dar conta dessas dificuldades.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi um avanço institucional para que o Estado brasileiro passasse a oferecer serviços de saúde de qualidade aos povos indígenas. No entanto, o processo de transferência da saúde indígena para a FUNASA mostra-se ainda inconcluso e carente de ajustes que harmonizem a atuação destas duas fundações públicas. Deve-se investir em mecanismos eficazes de articulação entre a FUNASA e a FUNAI, a fim de que ambas as instituições trabalhem em conjunto para o atendimento sanitário resolutivo aos índios.

O processo de municipalização da Atenção Básica dos Povos Indígenas, regulado pela Portaria MS n. 2.656, de 17 de outubro de 2007, necessita ser repensado para minimizar os problemas atualmente verificados. A reivindicação indígena pela revogação da Portaria deve ser tratada com atenção, uma vez que demonstra claramente que o modelo por ela criado está gerando atritos que podem se agravar e que certamente terão conseqüências na qualidade do serviço prestado.

Também deve ser repensado o processo de terceirização da saúde indígena das instituições conveniadas. Estas entidades parceiras devem ser capacitadas e integradas aos princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Indígena, para que sua atuação seja harmônica com o Subsistema de Saúde Indígena.

Para finalizar o presente artigo e como contribuição para os debates sobre saúde indígena no país, cumpre amplificar a voz das lideranças indígenas, divulgando as demais reivindicações expressas no *Abril Indígena 2008 — Documento Final do V Acampamento Terra Livre*. Justas ou não, as reivindicações abaixo devem ser pensadas pela comunidade jurídica e pelos sanitaristas do país para que se encontre as soluções adequadas aos problemas acima relacionados.

Nesse sentido, as reivindicações das lideranças indígenas reunidas no *Abril Indígena 2008* são as seguintes:

*Reivindicamos:*

- 1) *A Revogação da Portaria 70, que institui a centralização da aquisição de insumos em Brasília, e da Portaria 2656 que normatiza a municipalização da saúde indígena;*
- 2) *Garantia da autonomia política, administrativa e financeira dos DSEI;*
- 3) *A permanência da saúde indígena no âmbito federal;*
- 4) *A criação de um fundo distrital;*
- 5) *O reconhecimento e a legalização das categorias de Agentes Indígenas de Saúde e Agentes Indígenas de Saneamento;*
- 6) *A Valorização dos Pajés, parteiras e da medicina tradicional indígena;*
- 7) *A humanização das Casas do Índio (CASAI);*
- 8) *O aprimoramento do controle social, através da formação e capacitação dos conselheiros indígenas;*
- 9) *A garantia da referência e contra-referência na média e alta complexidade.<sup>(4)</sup>*

Os esforços da sociedade e do governo brasileiros para o cuidado à saúde indígena são dignos de reconhecimento. Certamente há muitos aspectos da atual Política Nacional de Saúde Indígena que devem ser reconhecidos como eficientes e eficazes e mantidos. No entanto, aqueles que estão se demonstrando equivocados ou que geram dificuldades na execução dos serviços, devem ser repensados e melhorados. Outro ponto que deve

---

(4) Documento Final do V Acampamento Terra Livre — Abril Indígena 2008.

ser rapidamente tratado é a melhoria da condição financeira e de recursos humanos da FUNASA e dos serviços relacionados à saúde indígena.

Por fim, tendo em vista que a saúde indígena refere-se ao atendimento de um grupo social extremamente vulnerável em nossa sociedade, deve-se sempre manter o espírito aberto para promover as melhorias institucionais, administrativas e financeiras necessárias para que se ofereça aos índios um tratamento digno e humano.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Global Ed., 1986.

HIPOCRATES. *The medical works of Hipocrates: a new translation from the original greek made especially for English readers by the collaboration of John Chadwick and W. N. Mann*. Springfield, Ill. Thomas, 1950. p. 90-111.

PARACELSUS. On miner's sickness and other miner's diseases. In: PARACELSUS. *Four treatises of Theuphrastus von Hohenheim called PARACEL-SUS*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1941. p. 43-126.