

**RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE**

**MISSÃO DE INVESTIGAÇÃO DO DIREITO HUMANO À  
SAÚDE**

**A SAÚDE INDÍGENA EM MANAUS/AM - BRASIL**

*Relatório de Missão realizada em Manaus (AM)*

*entre os dias 18 e 20 de fevereiro de 2008*

Fernando Aith

**Relator Nacional para o Direito Humano à Saúde**

Estevão Fernandes e Camila Marques Gilberto

**Assessores da Relatoria para o Direito Humano à Saúde**

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

### SUMÁRIO

- 1 Apresentação**
- 2 A saúde como direito humano**
  - 2.1 A Saúde Indígena na Constituição Federal e no Estatuto do Índio**
    - 2.1.1 O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
- 3 Contexto da missão: as denúncias apresentadas e situações verificadas pela Relatoria Nacional**
- 4 A missão da Relatoria realizada em Manaus**
  - 4.1 Reuniões com Atores Estratégicos**
    - 4.1.1 Vistoria e Reunião no Distrito Sanitário Indígena de Manaus/AM
    - 4.1.2 Reunião com o coordenador regional da FUNASA no Amazonas
    - 4.1.3 Visita à Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB
  - 4.2 Visitas às aldeias urbanas**
    - 4.2.1 Visita à Aldeia dos Sateré Mawes no Município de Manaus
    - 4.2.2 Visita à Aldeia dos Tikunas no bairro Cidade de Deus, em Manaus
  - 4.3 Visita à Casa do Índio – CASAI do DSEI/Manaus**
- 5 Principais violações ao Direito à Saúde Indígena encontradas**
- 6 Parecer e recomendações sugeridas pela Relatoria**

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

### 1 Apresentação

**A Relatoria Nacional para o Direito Humano à Saúde, da Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais – Plataforma DhESCA Brasil** – vem apresentar relatório sobre as violações de direitos humanos dos povos indígenas, em especial no que tange à violações ao direito humano à saúde dos índios, que vem ocorrendo ao longo dos anos na região da Amazônia.

A Relatoria da Saúde tem por objetivo contribuir para que o Brasil se desenvolva e adote um padrão de respeito ao direito humano à saúde, com base na Constituição Federal, no Programa Nacional de Direitos Humanos, nos Tratados Internacionais, bem como na legislação interna legal e infralegal pertinente.

Este relatório é resultado da missão realizada pela Relatoria à cidade de Manaus entre os dias 18 e 20 de fevereiro de 2008. Durante a missão, o Relator realizou visitas ao Distrito Sanitário Indígena de Manaus/AM, à Coordenação Regional (CORE) da FUNASA do Amazonas, à Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (COIAB), a aldeias urbanas dos Sateré Mawes e Tikunas localizadas no município de Manaus e por fim à Casa do Índio (CASAI do DSEI/Manaus). Esteve em reuniões com diversos atores envolvidos com a questão indígena, recebendo denúncias e coletando depoimentos dos atores envolvidos, entre eles: chefes do DSEI, enfermeiras, coordenadores regionais da FUNASA, representantes da COIAB e os próprios índios, membros de aldeias urbanas.

O presente documento tem por objetivo trazer à tona questões que não se desenvolveram tanto quanto necessário ao longo de um século de ações governamentais cuidando da questão indígena. Duas décadas após a promulgação da Constituição Federal de 1988, tida como o grande marco do Estado Democrático de Direito, não é novidade que a relação entre a sociedade brasileira e os povos indígenas continua delicada. Embora a temática que mais

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

venha à público seja a complexa questão das terras indígenas, se faz necessário maior enfoque em torno das constantes violações à dignidade dos índios, especialmente no que tange ao tratamento dispensado pelo governo à saúde indígena.

### 2 A saúde como direito humano

A saúde é hoje reconhecida como um direito humano em diversos documentos nacionais e internacionais. Adotada em 1946, a Constituição da Organização Mundial de Saúde reconhece a saúde como um direito fundamental do homem. Dois anos depois a Declaração Universal dos Direitos Humanos estabeleceu as diretrizes para a proteção internacional ao direito humano à saúde. Desde então, o direito à saúde foi codificado em inúmeros Pactos nacionais e internacionais de proteção aos direitos humanos. No Pacto Internacional dos Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) – instrumento este formulado pelas Nações Unidas e ratificado por mais de 150 nações, entre elas o Brasil – o direito à saúde é formulado como o direito “*de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental*” (Art. 12).

Ainda, o Comentário Geral nº 14 do Comitê sobre Direitos Econômicos Sociais e Culturais (Comitê DESC), que monitora o PIDESC, em referência ao artigo 12 daquele Pacto, estabelece: “*A saúde é um direito humano fundamental indispensável para o exercício de outros direitos humanos. Toda pessoa humana tem direito a desfrutar do mais elevado nível de saúde que a conduza a viver uma vida com dignidade*” (Comitê DESC, Comentário Geral 14, UN ESCOR, 2000, Doc. No. E/C.12/2000/4).

O direito à saúde também está codificado em diversas constituições; existindo mais de 100 dispositivos de proteção à saúde, ao direito à atenção básica de saúde, ou

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

outros direitos que invariavelmente atingem o direito à saúde, como o direito a um meio-ambiente saudável. No Brasil, apenas com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que o direito à saúde foi expressamente reconhecido como um direito fundamental do homem em seus artigos 6º e 196 a 200. Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 dispõe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Art. 196).

Como a maioria dos direitos humanos, o direito à saúde possui uma preocupação maior com as parcelas mais carentes da sociedade, especialmente aqueles que vivem em condições de extrema miséria. Ainda que seja considerado como um direito humano de realização progressiva, o direito à saúde necessita de políticas públicas inclusivas e eficientes que assegurem aos membros de uma sociedade o acesso a um sistema de saúde de qualidade.

### 2.1 A Saúde Indígena na Constituição Federal e no Estatuto do Índio

Desde 1988 que a produção normativa no que se refere à proteção do direito à saúde no Brasil vem mantendo ritmo inédito em termos de qualidade, quantidade e diversidade. Destaca-se: a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080/90, complementada pela Lei 8.142, também de 1990, que organizaram o Sistema Único de Saúde – SUS e definiram formas inovadoras de participação da comunidade na gestão das políticas públicas de saúde.

É neste contexto de avanços do Estado Democrático e ampliação do papel do Estado na sociedade brasileira como garantidor dos direitos humanos dos cidadãos, que se insere a proteção aos povos indígenas. O dever constitucional do Estado brasileiro de proteger e preservar os direitos das comunidades indígenas está inserido nos artigos 231 e 232 da Constituição Federal de 1988.

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Embora a problemática da terra ocupe grande parte destes dispositivos constitucionais, seu reconhecimento e proteção são pressupostos básicos para a garantia de outros direitos dos povos indígenas, decorrentes do direito à terra, entre eles, o direito à saúde. Contudo, o Estado brasileiro possui uma enorme dificuldade em não apenas atender a população indígena como também compreender as especificidades de cada um destes povos. Isto se agrava quando consideramos os fatores determinantes e condicionantes da saúde.

A União é o principal ente federativo responsável pelos índios no Brasil, e em seu âmbito a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, é a instituição atualmente responsável pelo atendimento dos índios no que se refere à saúde.

Aprovado pela Lei Federal nº 6.001 de 19 de dezembro de 1973, o Estatuto do Índio regula a situação jurídica destes povos no país. No entanto, toda e qualquer lei que defina ou determine direitos dos demais cidadãos, também deve ser aplicada aos índios<sup>1</sup>.

Nesse sentido, o Art. 54 do Estatuto do Índio dispõe: “os índios têm direito aos meios de proteção à saúde facultados à comunhão nacional”. Assim, os serviços públicos de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde – SUS devem ser organizados de forma a serem acessíveis também aos povos indígenas; levando-se em consideração, ainda, suas especificidades culturais. Para tanto, é fundamental a colaboração dos próprios índios na execução destes serviços.

---

<sup>1</sup> Vide Art. 1º, parágrafo único e Art. 2º do Estatuto do Índio.

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

### 2.1.1 O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi criado através da Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999 – “Lei Arouca”, e acrescentado à Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90). Este subsistema, inserido dentro da política do SUS tem por objetivo a articulação com os demais órgãos responsáveis pela Política Indígena do país, Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e o Ministério da Justiça.

Para tanto, deverá observar os mesmos princípios de descentralização, hierarquização e regionalização utilizados no SUS<sup>2</sup>. O Subsistema terá como base de referência os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que levarão em consideração, obrigatoriamente, a realidade local e as especificidades dos povos indígenas.<sup>3</sup>

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é financiado através de recursos próprios da União (direcionados ao Ministério da Justiça e à FUNASA), podendo contar, ainda, com a atuação dos Estados, Municípios e outras instituições governamentais no custeio e execução de ações de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas.

Na prática, como observaremos adiante, os Municípios e as organizações governamentais vêm ocupando um papel cada vez maior na prestação dos serviços. Mediante convênios e contratos firmados pela União, são eles que

---

<sup>2</sup> O SUS ainda servirá de retaguarda e referência a este Subsistema, sendo que as populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS (sem discriminações), em âmbito local, regional e de centros especializados.

<sup>3</sup> Art. 19F da Lei nº 9.836/99: “Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional”.

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

prestam diversos tipos de serviços de atenção à saúde diretamente nas comunidades indígenas.

Portanto, é dentro deste contexto organizacional, legal e infralegal, que define a Política Indígena do país, que analisaremos a situação vivida pelas comunidades de Manaus, contrapondo-se o sistema de proteção à saúde indígena desenvolvido pela União à realidade enfrentada pelos povos indígenas.

### **3 Contexto da missão: as denúncias apresentadas e situações verificadas pela Relatoria Nacional do Direito Humano à Saúde.**

A presente missão teve seu início através de contato realizado pela Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB, em conjunto com pesquisadores da Coordenação de Pós-Graduação em Direito Ambiental da Universidade do Estado do Amazonas – UEA, que procurou a Relatoria Nacional do Direito Humano à Saúde da Plataforma DhESCA Brasil, para denunciar as condições de saúde as quais são submetidos os povos indígenas no Brasil atualmente.

As denúncias realizadas abrangem diversos aspectos da política de saúde indígena brasileira. Os problemas verificados, e que são as causas das violações ao direito à saúde indígena encontradas, vão desde a própria lógica organizacional dos serviços de saúde oferecidos pelo Estado, até a atenção concreta à saúde dos povos indígenas, em especial no Estado do Amazonas.

Destaque-se que, embora as denúncias refiram-se à Amazônia, vários aspectos dela possuem reflexos gerais sobre todo o sistema de atenção à saúde indígena brasileiro.

As denúncias apresentadas, uma vez comprovadas, caracterizam grave violação ao direito à saúde indígena, em especial ao disposto no Art. 231, caput, da Constituição Federal, combinado com os Arts. 19A a 19H da Lei 8.080, de 1990.

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Com base nas amplas denúncias feitas pelas entidades acima mencionadas, a missão da Relatoria de Saúde foi organizada para apurar os seguintes aspectos relacionados com os serviços prestados pelo Estado brasileiro para a proteção do direito à saúde indígena:

- a) A organização do Subsistema de Saúde Indígena, atualmente sob a atribuição da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, entidade vinculada ao Ministério da Saúde, não possui recursos humanos e materiais suficientes para dar conta da atenção à saúde indígena no Brasil;
- b) As ações e serviços oferecidos pela FUNASA aos índios não respeitam, em vários aspectos, as especificidades da organização social, costumes, línguas, crenças e tradições dos povos indígenas;
- c) Os índios que migram para a cidade de Manaus estão à margem do sistema de atenção à saúde indígena no Brasil, em decorrência da má organização dos serviços da FUNASA que ignora os indígenas que habitam áreas urbanas. Isto se deve ao fato de que, ao se integrarem ao espaço urbano, os índios passam a ocupar um curioso papel social na medida em que não são mais reconhecidos como índios, mas também não são considerados cidadãos como todos os demais;
- 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 necessidades e peculiaridade dos povos indígenas;
- e) O processo de municipalização dos serviços de saúde oferecidos às aldeias indígenas, acelerado pela Portaria MS 2.656, de 17 de outubro de

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

2007<sup>4</sup>, 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, o que se configura em verdadeira violação aos direitos dos índios;

f) Os serviços de organização de sistemas de saneamento básico e abastecimento de água potável nas aldeias indígenas são precários e mal-organizados;

g) As condições de atendimentos aos índios que moram nas aldeias e necessitam de serviço especializado em Manaus são precárias e, muitas vezes, insuficientes. As condições geográficas de certas aldeias dificultam esse trabalho, e nesse sentido há ausência de soluções adequadas para dar conta dessas dificuldades.

Face às denúncias recebidas, a Relatoria de Saúde realizou uma missão investigativa no Estado do Amazonas, concentrando esta primeira visita no município de Manaus, em aldeias urbanas e na Casa do Índio.

### 4 A missão da Relatoria realizada em Manaus

Considerando as denúncias recebidas e a amplitude das mesmas, a primeira Missão da Relatoria de Saúde à Manaus foi organizada com os seguintes objetivos:

- a) Identificar as atuais diretrizes de organização da política de saúde indígena no âmbito da FUNASA;
- b) Levantar eventuais violações à saúde indígena no âmbito da FUNASA e das secretarias municipais;

---

<sup>4</sup> A Portaria MS nº 2.656/07 regulamenta a prestação de serviços de saúde indígena pelos Municípios, com repasses diretos, fundo a fundo.

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

- c) Realizar reuniões com os principais atores envolvidos nas questões levantadas, a fim de reunir “*in loco*” as informações relevantes;
- d) Visitar aldeias indígenas urbanas para verificar denúncias de violação do direito à saúde dos índios que vivem no espaço urbano;
- e) Visitar a Casa do Índio no Distrito Sanitário Indígena de Manaus para verificar as condições de acolhimento dos índios com problemas de saúde.

### 4.1 Reuniões com Atores Estratégicos

A missão iniciou-se no dia 18 de fevereiro, pela manhã, com visita à sede do Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI/Manaus<sup>5</sup>. A Portaria MS nº 254 de 31 de janeiro de 2001, que aprovou a Política Nacional de Atenção à saúde dos Povos Indígenas, conceituou de forma categórica os DSEI, como sendo: “*modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social*”.

#### 4.1.1 Vistoria e Reunião no Distrito Sanitário Indígena de Manaus/AM

No DSEI/Manaus nos encontramos com a Chefe do Distrito, Sra. Maurazina Sabóia, e a enfermeira da equipe técnica, Sra. Adriana, que nos acompanharam até a Coordenação Regional (CORE) da FUNASA do Amazonas<sup>6</sup>.

O primeiro impacto surge logo na entrada do Distrito, que não possui nenhuma indicação que informe encontrar-se ali um Distrito Sanitário Indígena. Percebe-se

<sup>5</sup> Av. Getúlio Vargas, nº 1245.

<sup>6</sup> Rua Oswaldo Cruz, s/n.

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

logo à primeira vista uma estrutura totalmente inadequada à importância do órgão. Não há indicações externas sequer informando que o prédio é ocupado por um órgão público, nem referências à FUNASA. Além disso, a maior parte do prédio funciona como depósito, com materiais destinados à saúde indígena acomodados nos corredores do prédio, devendo os visitantes e os profissionais que ali trabalham disputar espaço com caixas de remédio, balanças, sacos plásticos com pastas de dente, dentre outros materiais expostos em condições de armazenamento precárias. Em contrapartida, os funcionários da FUNASA desenvolvem suas atividades em pequenas salas, em ambiente e estrutura muito aquém do conveniente para a execução dos importantes serviços sob sua responsabilidade.

As fotos abaixo mostram com clareza onde se situa o DSEI/Manaus, responsável por nada menos do que a abrangência territorial de 17 municípios do Estado do Amazonas, totalizando aproximadamente 15.000 índios<sup>7</sup>.

### FOTO 1:



<sup>7</sup> Estão na área de abrangência do DSEI Manaus os seguintes Municípios: Manaus, Beruri, Anamã, Careiro, Iranduba, Careiro da Várzea, Humaitá, Manacapuru, Novo Airão, Nova Olinda do Norte, Novo Aripuana, Borba, Manicoré, Manaquiri, Autazes, Itacoatiara e Urucara. Fonte: RENISI - Fundação Nacional de Saúde, 2000/2005.

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

*Foto 1: Porta de entrada do DSEI/Manaus. Trata-se de uma porta lateral de um prédio que serve como depósito. Não há indicações de que ali funciona o DSEI.*

### FOTO 2:



*Foto 2: Sala de espera do público no DSEI/Manaus, entulhada de materiais.*

### FOTO 3:



## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

*Foto 3: Prédio onde se situa o DSEI/Manaus, sem nenhuma indicação de que se trata de órgão público. O DSEI ocupa uma pequena parte deste prédio, com entrada por porta lateral à esquerda.*

Durante a reunião com os representantes do DSEI/Manaus, fomos informados pelas servidoras que atualmente o Distrito organiza as suas ações por três diferentes estratégias de gestão administrativa: i) ações executadas diretamente pela FUNASA (parte administrativa, infra-estrutura, medicamentos e combustível); ii) ações desenvolvidas pelas Secretarias Municipais de Saúde com o financiamento da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) - responsável pelo pagamento de pessoal ligado à atividade-fim do Distrito, tais como enfermeiros, médicos etc., pagamento esse feito via prefeituras municipais; iii) empresas privadas conveniadas (no caso do DSEI/Manaus, trata-se da organização não-governamental Saúde sem Fronteiras<sup>8</sup>).

Tal organização administrativa, difusa e de difícil coordenação, acaba provocando ineficiência e ineficácia das ações do Distrito, o que se reflete diretamente na situação da saúde indígena na região.

Atualmente não há fiscalização do uso dos recursos da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde - SAS/MS pelos Municípios. Segundo informações coletadas junto a servidores do DSEI Manaus e representantes da COIAB, existe a situação na qual médicos e enfermeiros são contratados pelo município para atenderem os índios, mas, na prática, acabam não fazendo esse atendimento.

Também fomos informados de que tais profissionais de saúde constam na folha de pagamento e recebem salários para não trabalharem, conforme interesses político-partidários dos administradores municipais. Tais informações não puderam ser comprovadas, mas sugere-se o acionamento da Controladoria Geral da União e

<sup>8</sup> Maiores informações em <http://www.assf.org.br>.

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

da Auditoria Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para apuração de eventuais desvios.

Ainda tivemos conhecimento sobre problemas no que diz respeito ao repasse de recursos para as empresas privadas conveniadas, responsáveis pela contratação de pessoal. Fomos informados da existência de uma ação civil pública promovida pelo Ministério Público do Trabalho - MPT, no final de 2007, que suspendeu repasses da FUNASA para a Associação conveniada Saúde sem Fronteiras (ASSF). A intenção do MPT, com a referida ação judicial, foi a de não apenas orientar as ações da FUNASA no sentido de realizar concurso público federal para provimento de cargos (por entender que o sistema de conveniadas caracteriza terceirização de mão-de-obra do setor público), como também distinguir os convênios ilegais daqueles que obedecem a legislação pertinente e poderiam prosseguir com suas atividades.

A incerteza jurídica sobre o atual modelo de gestão da saúde indígena acaba gerando diversos problemas relacionados aos recursos humanos responsáveis pelo atendimento do índio. Existem funcionários do DSEI que recebem suas remunerações por meio das ONGs conveniadas e, devido aos problemas jurídico-administrativos, acabam ficando com os salários atrasados em algumas ocasiões. Quando realizada a missão, a Relatoria foi informada que existiam funcionários do DSEI que estavam há 2 meses sem receber salários, sendo também relatado que já houve ocasiões em que os salários chegaram a atrasar por até 4 meses. O repasse de verbas públicas para organizações não governamentais conveniadas é um problema recorrente no atual modelo implantado, sendo fartamente noticiado pela mídia impressa e eletrônica<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Ver por exemplo: [www.direitos.org.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3105&Itemid=2](http://www.direitos.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=3105&Itemid=2);  
[www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/04/27/materia.2007-04-27.3726447410/view](http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/04/27/materia.2007-04-27.3726447410/view);  
<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc0106200813.htm>  
<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc3105200814.htm>

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Com tantos desentendimentos por conta de repasse de recursos, incluindo a complexa engenharia montada para oferecer saúde aos índios, tem havido conflitos entre os próprios indígenas, bem como entre os diferentes atores governamentais envolvidos na prestação de serviços de saúde indígena: Ministério da Saúde, FUNASA, FUNAI, Conveniadas e Secretarias Municipais de Saúde.

### 4.1.2 Reunião com o coordenador regional da FUNASA no Amazonas

No dia 19 de fevereiro, pela manhã, tivemos uma reunião com o Coordenador Regional da FUNASA no Amazonas, Sr. Narciso Cardoso Barbosa, que reiterou diversas das informações recebidas na DSEI/Manaus. O coordenador regional é o responsável pela saúde indígena no Amazonas, devendo prestar assistência à saúde de aproximadamente 107.078 índios<sup>10</sup>.

Ao longo da conversa, foi mencionada a situação atualmente vivida pelos índios do Vale do Javari (região próxima a fronteira do Amazonas com o Peru e Acre, ocupada por diversos grupos indígenas: Matis, Marubo, Matsés, Kulina, Kanamari, Korubo e isolados), onde há surtos de hepatites (B e Delta), Tuberculose e Malária. Posteriormente, recebemos a denúncia (documentada) de que a FUNASA fez repasse de recursos para serem alocados na área. No entanto, há indícios de que estes recursos tenham sido desviados e que o grave problema do Vale do Javari ainda se mantém.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Fonte: Ministério da Saúde: FUNASA. Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. Anexo à Portaria do Ministério da Saúde n. 2.656 de 17 de outubro de 2007, que regulamenta a prestação de serviços de saúde indígena pelos Municípios, com repasses diretos, fundo a fundo.

<sup>11</sup> Notícias recentes sobre o assunto em:

<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2008/02/27/materia.2008-02-27.2068551750/view>

Secretaria Executiva da Plataforma DhESCA Brasil

Rua Des. Ermelino de Leão, 15, conj. 72 – Centro –

CEP: 80410-230 – Curitiba/PR – Brasil

+55 (41) 3014-4651 - + 55 (41) 3232-4660

<http://www.dhescbrasil.org.br> – [secretariadhesc@yahoo.com.br](mailto:secretariadhesc@yahoo.com.br)

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

### 4.1.3 Visita à Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira – COIAB

No final da manhã do dia 19 de fevereiro fomos até a sede da Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira - COIAB<sup>12</sup>. Lá nos encontramos com a índia Tukano Maria Miquelina e o índio Baré Valdenir França, representante dos povos indígenas no Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Recebemos uma cópia do relatório apresentado na 173ª Reunião do Conselho Nacional de Saúde em 10.05.2007, referente ao Grupo de Trabalho do Vale do Javari, no qual questões referentes ao atendimento daqueles índios foram investigadas. O documento relata diversos problemas, além daqueles envolvendo o Vale do Javari, e o povo Yanomami, em Roraima.

Os representantes da COIAB entrevistados ressaltaram a preocupação com os rumos da saúde indígena no Brasil. Demonstraram grande preocupação com o processo de municipalização e a lenta retirada da União, e com o suposto desvio de recursos públicos destinados à saúde indígena que estaria em desenvolvimento na região.

Nesse sentido, denúncias diversas, feitas de forma oral e sem comprovações documentais, foram feitas pelos índios presentes à reunião acima mencionados. Embora as denúncias feitas sejam um tanto genéricas e não tenham sido fornecidas provas concretas que atestem a veracidade das afirmações feitas pelos representantes da COIAB, esta Relatoria de Saúde entende ser de sua responsabilidade dar publicidade à visão que os referidos índios têm da atual situação da saúde indígena e dos problemas imediatos que eles verificam.

---

12 Avenida Airão, 235.

Secretaria Executiva da Plataforma DhESCA Brasil  
Rua Des. Ermelino de Leão, 15, conj. 72 – Centro –  
CEP: 80410-230 – Curitiba/PR – Brasil  
+55 (41) 3014-4651 - + 55 (41) 3232-4660  
<http://www.dhescbrasil.org.br> – [secretariadhesc@yahoo.com.br](mailto:secretariadhesc@yahoo.com.br)

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

As denúncias feitas pelos representantes da COIAB, abaixo formuladas, devem ser esclarecidas junto às autoridades responsáveis, sendo também recomendável a programação de missões específicas para comprovação de algumas das denúncias formuladas:

- i) Existe uma situação de discriminação explícita aos índios por parte dos servidores de saúde dos Municípios;
- ii) Prefeitos dos municípios, adotando a política do nepotismo, contratam parentes em vez de médicos;
- iii) Há 3 (três) organizações não-governamentais<sup>13</sup> recebendo recursos para manutenção da Casa de Saúde do Índio (CASAI) de Manaus, mas nenhuma assume para si esta responsabilidade;
- iv) Há desvios de recursos, materiais, e contratação de parentes de autoridades da FUNASA via empresas privadas conveniadas;
- v) Não foram adotadas as medidas necessárias para atendimento no Vale do Javari, perpetuando-se a situação difícil daquele povo indígena;
- vi) Há falta de continuidade dos serviços dos Agentes Indígenas de Saúde, devido à falta de capacitação do pessoal, além destes agentes não serem integrados ao trabalho das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena;
- vii) Lideranças indígenas que não aceitam cooptação são ameaçadas de morte (nesse sentido o próprio representante da COIAB entrevistado disse ter sido ameaçado);
- viii) Faltam recursos que garantam o controle social e a fiscalização da aplicação dos recursos pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena;

---

<sup>13</sup> Não foi informado a esta Relatoria de Saúde quais seriam as organizações.

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

- ix) Falta alimentação adequada para alguns povos indígenas;
- x) Há demora no atendimento e preconceito na atenção aos indígenas, tanto na CASAI, como nos hospitais de referência e contra-referência;
- xi) Falta atenção aos indígenas que vivem na cidade de Manaus.

### 4.2 Visitas às aldeias urbanas

Uma das situações que apresenta grandes violações ao direito à saúde dos índios é o tratamento destinado aos índios que vivem nas áreas urbanas. Por esta razão, a segunda parte da Missão da Relatoria da Saúde foi a visita “*in loco*” aos locais onde vivem os índios urbanos nas adjacências de Manaus.

No ano 2.000, o Censo do IBGE apontou cerca de 7.894 índios vivendo em áreas urbanas no Brasil. Um estudo feito para o Conselho Indigenista Missionário - CIMI aponta 8.500 índios. O sociólogo José de Souza Martins calcula que este número chegue em 18 mil, enquanto a COIAB estima cerca de 20.000 índios urbanos.

Segundo levantamento do CIMI, em Manaus/AM os indígenas estão distribuídos em cerca de 35 bairros da cidade, quase todos na periferia.

Os Cambeba residem, sobretudo, no bairro da Compensa II; os Sateré-Mawé, no bairro Redenção e no Conjunto Santos Dumont; os Apurinã, no bairro Jorge Teixeira; os Ticuna, na Cidade de Deus; os Cocama, em Grande Vitória e, por fim, há os índios Tukano, Desana, Baniwa e Tariano que vivem em terrenos situados nos bairros da Compensa, Tancredo Neves e Zumbi.

Quase todos os indígenas trabalham na chamada economia informal, sub-empregados em atividades temporárias: artesanato, pequeno comércio, venda de *dindin*, biscates, empresas de limpeza e de segurança, e vários tipos de prestação

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

de serviços. As mulheres atuam em casas de família, como domésticas (82% sem carteira assinada, segundo estudos do CIMI).

Os dados do CIMI apontam um aumento da migração de índios para Manaus nos últimos vinte anos, não como opção, mas como a última possibilidade de sobrevivência, seja por questões de saúde, seja por questões de subsistência econômica. Paradoxalmente, a migração às aldeias urbanas acaba sendo uma possibilidade de continuarem sendo índios. Na capital amazonense, eles desenvolvem estratégias de vida, mantendo alguma forma de contato com a aldeia de origem, de onde vêm, inclusive, produtos alimentícios, os quais são consumidos pelos indígenas ou vendidos<sup>14</sup>.

### 4.2.1 Visita à Aldeia dos Sateré Mawes no Município de Manaus

Na tarde do dia 19 de fevereiro visitamos duas “aldeias urbanas” em Manaus. Na primeira aldeia urbana fomos recebidos pelo cacique Luís, na aldeia Sateré Mawê, que migrou para o bairro da Redenção.

O bairro, embora periférico, apresenta urbanização avançada com algumas moradias de bom nível de salubridade. Grande parte do entorno, no entanto, é de terrenos baldios e floresta, com córregos a céu aberto. Serviços públicos tais como transporte e coleta de lixo são precários, mas existem.

#### FOTO 4:

---

<sup>14</sup> Informações retiradas do site <http://www.overmundo.com.br/blogs/a-volta-do-piao-manusam>, acessado em fevereiro de 2008.

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE



FOTO 4: Cacique Luís, dos Sateré-Mawê, recebe o Relator Nacional da Saúde e seu Assessor em sua aldeia urbana. Todos os índios que estavam lá vieram ouvir o cacique em sinal de respeito e legitimação de suas demandas.

Nesta aldeia urbana visitada moram 78 pessoas, sem as mínimas condições de saneamento básico e moradia. Os indígenas reclamam da qualidade da água e do esgoto doméstico que segue até um igarapé (curso d'água) ao lado das casas.

### FOTO 5:

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE



FOTO 5: Condições de limpeza da aldeia.

FOTO 6:

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE



FOTO 6: Igarapé para onde segue o esgoto sanitário na aldeia urbana.

Segundo nos foi informado pelo Cacique Luís, a borrifação raramente é feita (uma vez ao ano, no máximo) e o atendimento aos indígenas na rede municipal de saúde se restringe a um índio por mês, e somente através de agendamento. Na prática, jamais são atendidos, devido à falta de pessoal e equipamento, chegando uma cirurgia a sofrer atraso de mais de 6 (seis) meses.

Os índios relataram que, ainda que a comunidade exista há 18 (dezoito) anos no local, não conta com serviços de atenção básica à saúde, saneamento, coleta de lixo e imunização, havendo casos freqüentes de malária e dengue. Como estão praticamente todos desempregados, sobrevivem por meio da venda de artesanato. Segundo relato do Cacique, a fome é um mal comum na aldeia: no

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

final da tarde, quando chegamos, boa parte deles ainda não havia se alimentando.

### 4.2.2 Visita à Aldeia dos Tikunas no bairro Cidade de Deus, em Manaus

Visitamos naquela mesma tarde a aldeia Tikuna no bairro da Cidade de Deus. Esta aldeia é habitada por 80 índios e demonstra uma organização mais sólida do que a aldeia dos Sateré Mawê. Não obstante, a situação era praticamente a mesma: condições precárias de saneamento, apesar de insistentes pedidos de melhoria à prefeitura, feitos há mais de 5 anos, segundo os índios.

A foto abaixo mostra a condição do igarapé que recebe o esgotamento sanitário dos Tikunas:

**FOTO 7**



*FOTO 7: Igarapé que recebe o esgoto Tikuna na aldeia urbana de Manaus.*

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

Uma importante denúncia apresentada à Relatoria da Saúde foi a de que o Posto de Saúde próximo à aldeia restringe o atendimento a 2 (dois) indígenas por semana, sempre às segundas-feiras. Se tal denúncia se confirmar, caracteriza-se como discriminação explícita e afronta o Código Penal e a legislação sanitária do Brasil.

Fomos informados, ainda, que o poço artesiano que abastece o local possui apenas 19 metros de profundidade, tendo sido perfurado pela própria comunidade. A água deste poço é utilizada somente para lavagem de roupa; segundo os indígenas, a água estaria contaminada tendo, inclusive, levado uma criança à óbito (a informação, no entanto, não pôde ser confirmada por esta Relatoria por falta de dados específicos sobre o falecimento).

Não há abastecimento de água potável, coleta sistemática de lixo, infra-estrutura ou atenção básica à saúde daqueles índios. As condições de salubridade da aldeia são precárias e certamente o ambiente constitui importante vetor de doenças no local.

### FOTO 8

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE



*Foto 8: Poço artesiano dos índios Tikunas na aldeia urbana.*

### 4.3 Visita à Casa do Índio – CASAI do DSEI/Manaus

No dia 20 de fevereiro, pela manhã, nos dirigimos a CASAI de Manaus na companhia da enfermeira Adriana e da chefe do DSEI, Maurazina Sabóia.

As condições gerais da CASAI, no que se refere aos equipamentos e estruturação básica eram precárias. Não obstante, deve-se salientar que os ambientes estavam em boas condições de higiene e que a alimentação dos índios ocorre de forma adequada.

No entanto, há superlotação dos locais onde os índios dormem. Parte do chão de uma das casas que servem de abrigo desmoronou com as chuvas. Os servidores que são contratados pela ONG conveniada estavam sem receber e deixaram de ir ao trabalho. Apenas alguns poucos estavam lá por “voluntarismo”.

### FOTO 9

Secretaria Executiva da Plataforma DhESCA Brasil  
Rua Des. Ermelino de Leão, 15, conj. 72 – Centro –  
CEP: 80410-230 – Curitiba/PR – Brasil  
+55 (41) 3014-4651 - + 55 (41) 3232-4660  
<http://www.dhescbrasil.org.br> – [secretariadhesc@yahoo.com.br](mailto:secretariadhesc@yahoo.com.br)

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE



FOTO 9: Enfermaria da CASAI

## FOTO 10



Foto 10: Vista geral da CASAI.

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

### 5 Principais violações ao Direito à Saúde Indígena encontradas

Sendo um direito social, o direito à saúde tem como característica marcante a exigência de um Estado atuante na sua proteção, promoção e recuperação.

O Estado deve assumir a posição de ente regulador das ações e serviços de interesse à saúde, bem como de principal responsável pela prestação de serviços públicos universais, integrais, de qualidade e que promovam a equidade. Assim, os princípios jurídicos e conceitos constitucionais, como os da universalidade, integralidade, responsabilidade, acesso igualitário, participação da comunidade, entre outros, tornam-se concretos e eficazes por meio da concreta atuação do Estado.

A missão realizada em Manaus/AM permite-nos perceber que a atual política de saúde indígena do governo federal, executada pela FUNASA e pelo Ministério da Saúde, apresenta vários problemas financeiros e organizacionais que acabam provocando um conjunto de violações sistemáticas e permanentes ao direito à saúde indígena.

As visitas realizadas às aldeias urbanas e à CASAI Manaus, bem como as informações coletadas sobre o atendimento de saúde oferecido aos índios no Brasil, nos permitem afirmar que, atualmente, os povos indígenas estão sujeitos a sucessivos casos de violação do direito à saúde, que vão desde ausência de atendimento adequado (Vale do Javari, p.e.) até um modelo de gestão que discrimina e não considera as especificidades culturais dos índios (a questão da municipalização, p.e.).

Os casos de violação identificados têm relação com a inadequada estrutura de atenção à saúde indígena oferecida atualmente, incapaz de garantir, na totalidade, o respeito às especificidades culturais que deveriam ser preservadas no atendimento de saúde aos índios, nos termos da Constituição da República. O

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

caso do Vale do Javari, no Estado do Amazonas, documentado pelo relatório apresentado na 173ª Reunião Ordinária do CNS em Brasília, realizada em 10 de maio de 2007, é emblemático sobre os problemas crônicos que atingem a saúde indígena no país e serve de parâmetro para orientar as possíveis ações do poder público para a melhoria do atendimento à saúde indígena.

No que diz respeito ao funcionamento do DSEI visitado na cidade de Manaus, verifica-se que não atende ao modelo de organização disposto na Portaria MS nº 254 de 31 de janeiro de 2002, tampouco às diretrizes impostas pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Verifica-se, portanto, uma situação permanente de violação ao Art. 231 da Constituição e seus artigos regulamentadores da Lei 8.080/90, violação que podemos definir como “crônica”, pois derivada da ineficácia do atual sistema de saúde indígena brasileiro.

Verifica-se, também, uma situação de discriminação do atendimento ao índio que vive em aldeias urbanas, em afronta à legislação dos índios (Art. 19G, parágrafo 2º, da Lei 8.080/90) e à legislação penal contra discriminação e racismo. A discriminação e o racismo, recorrentemente citados pelos índios entrevistados, não puderam ser comprovados documentalmente. No entanto, entendemos que estas supostas violações, embora difíceis de ser comprovadas por esta Relatoria na ocasião da Missão realizada, são de extrema gravidade e devem ser melhor investigadas pelas autoridades competentes responsáveis.

A modelação do atendimento à saúde indígena, calcada no tripé FUNASA/Secretarias Municipais de Saúde/ONGs Conveniadas, não encontrou um equilíbrio harmônico e não está funcionando de maneira eficiente.

O Ministério da Saúde não controla adequadamente os serviços prestados com os repasses de recursos aos Municípios, via *fundo-a-fundo*.

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

As ONGs conveniadas nem sempre são corretamente fiscalizadas pela FUNASA ou pelo Ministério da Saúde, dando ensejo a potenciais conflitos políticos, problemas de relação entre agentes de saúde e índios e desvios de recursos públicos.

Por fim, a FUNASA não apresenta estrutura, equipamentos e recursos humanos e financeiros suficientes para prestar os serviços legalmente a ela atribuídos.

### 6 Parecer e recomendações sugeridas pela Relatoria

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena criado pela Lei nº 9.836 de 1999 possui diretrizes bem delineadas, que lidas em conjunto com a Portaria MS nº 254, de 31 de janeiro de 2002, demonstram a preocupação do governo brasileiro com a população indígena.

O histórico da saúde indígena trazido no preâmbulo da Portaria MS nº 254/2002 deixa claro as melhoras promovidas desde os idos de 1910 quando o primeiro Serviço de Proteção ao Índio (SPI) foi desenvolvido pelo governo federal. Em praticamente um século de efetiva elaboração de políticas de saúde e ações indigenistas há de se reconhecer conquistas reais, como a criação da FUNAI e, posteriormente, a indicação de um órgão federal específico para a proteção da saúde indígena, a FUNASA. A garantia constitucional aos povos indígenas trazida na Carta de 1988 é o maior exemplo disto.

No entanto, é alarmante que os excelentes documentos jurídicos produzidos, que em teoria atendem com amplitude as necessidades e especificidades dos povos indígenas ao desenvolverem, em tese, uma política indigenista inclusiva e abrangente, não sejam ampla e efetivamente aplicados.

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

A cuidadosa organização criada para o desenvolvimento dos trabalhos dos DSEI pela Portaria MS nº 254/2002 ainda não alcançou os seus objetivos práticos.

A divisão de responsabilidades com alto grau de descentralização na prestação dos serviços, mascarada por uma municipalização dos serviços de atenção à saúde indígena e a confusa política de incentivos e repasses criada pela Portaria MS nº 2.656 de 17 de outubro de 2007, cria lacunas de fiscalização e amplia espaço para desvios de recursos e para a organização de serviços inadequados às necessidades indígenas.

As ações indigenistas executadas por estados e municípios distanciaram-se, nesse período, do grau de complementaridade definidos no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, para um modelo municipalizado e burocratizado definido por uma Portaria aprovada no afogadilho às vésperas do início de ano de eleições municipais<sup>15</sup>.

Por todo exposto e tendo em vista a Missão realizada, sugerimos, em medida de urgência, ao governo federal e demais órgãos responsáveis pela política indigenista do país as seguintes providências:

1. Apuração das violações acima relatadas para verificação da sua real existência e eventuais responsáveis, bem como para que sejam adotadas as ações administrativas e jurídicas necessárias ao pronto restabelecimento do direito à saúde indígena;
2. Restabelecimento do diálogo entre os povos indígenas e a FUNASA que possibilite efetivo avanço nas discussões sobre a política de saúde e proporcione uma avaliação transparente e fidedigna da situação da saúde indígena no país;

---

<sup>15</sup> Maiores informações sobre a Portaria MS nº 2.656 em:  
<http://www.amazonia.org.br/noticias/print.cfm?id=263123>

## RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

3. Definição objetiva de responsabilidades tanto do governo federal como dos demais órgãos que atuam na política indigenista que acarretem, em caso de violações, responsabilização civil e criminal;
4. Priorização aos programas de formação de agentes indígenas de saúde, mediante regulamentação de suas contratações, sendo-lhes asseguradas as devidas garantias trabalhistas;
5. Realização de investimentos urgentes na infra-estrutura dos DSEI que atendam às exigências da Portaria MS nº 254;
6. Inclusão de índios urbanos nas políticas indigenistas para sejam atendido dignamente e não fiquem no atual limbo jurídico, onde não são mais reconhecidos como índios e tampouco são considerados cidadãos;
7. Diante da divergência de informações encontradas no que diz respeito ao número de índios urbanos na região de Manaus, propugna-se por melhora na coleta de dados, com integração dos sistemas utilizados atualmente que retratem a situação dos índios, para que políticas eficazes de atenção à saúde indígena possam ser traçadas;
8. A efetiva estruturação da política criada pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, organizado com autonomia, recursos e orçamentos próprios, capacidade de gestão e exercício pleno do controle social pelos usuários; ao invés do crescente processo de municipalização e terceirização que vêm sendo implementados;
9. Atenção às reflexões e determinações das Conferências Nacionais de Saúde Indígena previamente realizadas, em especial a realizada em 2006, que propôs dar autonomia administrativa e financeira aos Distritos Sanitários, mediante sua transformação em unidades gestoras do SUS, contando com orçamentos próprios administrados através dos Fundos Distritais de Saúde.

## **RELATORIA NACIONAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE**

São Paulo, outubro e 2008.

**Fernando Aith**

**Relator Nacional para o Direito Humano à Saúde**

**Estevão Fernandes**

**Assessor da Relatoria para o Direito Humano à Saúde**

**Camila Gilberto Marques**

**Assessor da Relatoria para o Direito Humano à Saúde**