



MESA

NACIONAL DE NEGOCIAÇÃO
P E R M A N E N T E D O

S · U · S



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Sumário

I. APRESENTAÇÃO.....	3
II. VISITA TÉCNICA AO DSEI-MANAUS	5
III. VISITA TÉCNICA À CASAI-MANAUS	7
IV. VISITA TÉCNICA AO POLO BASE NOSSA SENHORA DA SAÚDE / ALDEIA TRÊS UNIDOS.....	8
V. INFORMAÇÕES COLHIDAS DURANTE A VISITA AO POLO BASE DE NOSSA SENHORA DA SAÚDE.....	9
VI. RECOMENDAÇÕES AO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE MANAUS E À SECRETARIA DE SAÚDE INDÍGENA – SESAI/ MINISTÉRIO DA SAÚDE	10
VII. PROPOSTAS PARA MELHORIA DOS PACIENTES	12
VIII. ANEXOS.....	15
Anexo I: ASPECTOS HISTÓRICOS E LEGAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL.....	15
a. Aspectos Históricos	15
b. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SASISUS)	16
c. Aspectos Legais da Atenção à Saúde Indígena no Brasil	19
Anexo II: - CARACTERIZAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS	22
ANEXO III - REGISTROS FOTOGRÁFICOS DAS VISITAS TÉCNICAS.....	25
a. Visita à Sede DSEI-Manaus	25
b. Visita às instalações da CASAI-Manaus.....	26
c. Visita ao Polo Base Nossa Senhora da Saúde/ Aldeia Três Unidos.....	28
d. 85ª Reunião Ordinária da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS).....	29
ANEXO IV – LISTA DOS MEMBROS DA MNNP-SUS PRESENTES NAS VISITAS TÉCNICAS	30

I. APRESENTAÇÃO

O presente Relatório Técnico apresenta as evidências observadas durante as visitas realizadas pelos membros da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – MNNP-SUS. A visita ao Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus - AM (DSEI – Manaus) foi realizada no dia 30/11/2023, no turno matutino; a visita à Casa de Saúde Indígena de Manaus - (CASAI- Manaus) foi realizada no dia 31/11/2023, no turno vespertino, e a visita ao Polo Base Nossa Senhora da Saúde, localizado na Aldeia Três Unidos, foi realizada no dia 31/11/2023 nos dois turnos, devido ao tempo necessário para o deslocamento fluvial de ida e volta entre a cidade de Manaus e essa Aldeia.

Nestas visitas foram abordados especialmente os itens propostos pelo pleno da MNNP-SUS, a saber, aspectos relacionados às condições de trabalho, o dimensionamento da força de trabalho, a saúde dos trabalhadores e as ações intersetoriais que impactam na força de trabalho da saúde indígena. As citadas visitas técnicas foram seguidas da Reunião Ordinária Descentralizada da MNNP-SUS, que ocorreu no dia 1º de novembro de 2023, também na cidade de Manaus.

Cabe ressaltar que as visitas técnicas aqui relatadas, bem como a reunião descentralizada da MNNP-SUS, foram realizadas nestes locais como proposição apresentada pelo SINDCOPSI e aprovado pelas bancadas dos trabalhadores e gestores, no âmbito dos debates ocorridos nas reuniões ordinárias desta Mesa Nacional, a respeito das condições e relações de trabalho do conjunto de trabalhadoras e trabalhadores da saúde indígena.

O presente relatório é composto, além dos registros e análises sobre as condições e relações de trabalho, por um conjunto de informações a respeito da estrutura, atribuições, abrangência das ações, composição e condições de trabalho da força de trabalho de cada unidade visitada (tratados como “caracterização geral”, no corpo dos relatos); registro de reivindicações apresentadas por um acompanhante de um usuário da CASAI Manaus, aspectos históricos da atenção à saúde dos povos indígenas por parte do poder público e apresentação e análise dos seus marcos legais (Anexo I); caracterização sociocultural dos povos indígenas (Anexo II), além de um registro fotográfico das visitas (Anexo III) e da lista

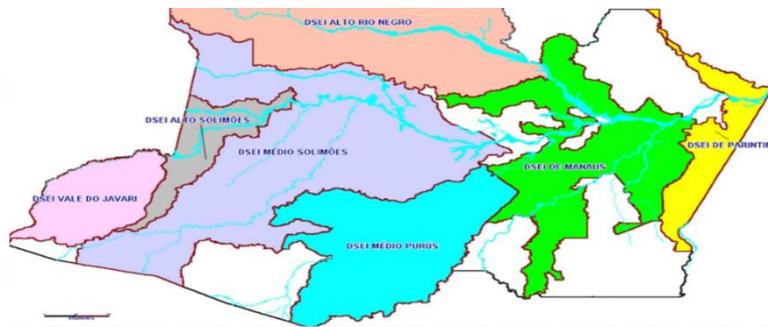
dos membros da MNNP-SUS presentes nas visitas (Anexo IV). Sua primeira versão foi elaborada pelo Grupo de Trabalho da Força de Trabalho da Saúde Indígena, que é parte desta Mesa, sendo posteriormente submetido à análise e aprovação pelo pleno desta Mesa Nacional.

Como resultado das observações e análises realizadas nas visitas técnicas, concluiu-se este relatório com a apresentação de recomendações da MNNP-SUS para o Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus- SESAI-Manaus; e Secretaria de Saúde Indígena - SESAI/MS.

II. VISITA TÉCNICA AO DSEI-MANAUS

O estado do Amazonas, segundo o IBGE, é o maior estado dentre as 27 unidades federativas do Brasil, ocupa uma área de 1.559.148,89 Km², correspondendo a 18,30% do território nacional, possui 3.941.175 milhões de habitantes, sendo 490,9 mil indígenas. A capital do Amazonas é Manaus que possui 71,7 mil indígenas. (Censo IBGE 2022).

O referido estado sedia 7 DSEI dos 34 existentes em todo o Brasil. São eles: DSEI Alto Rio Negro, com sede em São Gabriel da Cachoeira; DSEI Alto Rio Solimões, com sede em Tabatinga; DSEI Manaus, com sede em Manaus; DSEI Médio Rio Purus, com sede em Lábrea; DSEI Médio Rio Solimões, com sede em Tefé; DSEI Parintins, com sede em Parintins e DSEI Vale do Javari, com sede em Atalaia do Norte, conforme demonstrado na imagem abaixo.



Segundo dados de 2023, o DSEI Manaus possui uma população adscrita de 31.159 indígenas pertencentes a 9.577 famílias, distribuídas em 268 aldeias localizadas em terras indígenas no estado do Amazonas, com abrangência de 19 municípios no atendimento de referência interfederativa, com acesso que utiliza meios de transporte terrestre e fluvial, totalizando uma extensão territorial de 303.092,01 km². Tem sob sua jurisdição 35 etnias, sendo elas, Kokama, Tikuna, Kambeba, Apurinã, Mura, Jamamadi, Gavião, Munduruku, Torá, Parintintin, Tenharim, Diahoi, Mura-Pirahã, Sateré-Mawé, Tukano, Arara, Baré, Dessano, Makuxi, Mayoruna, Kanamari, Kulina, Marubo, Deni, Miranha, Kayapó, Kaxinawá, Arikem, Karapanã, Barasana, Tariano, Baniwa, Tuyuka, Hexkaryano e Maraguá.

O DSEI Manaus possui, ainda, 17 Polos Base, nos quais as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) são distribuídas para que se tenha 100% de cobertura assistencial da população do DSEI. Os Polos Base estão localizados na sua maioria em aldeias estratégicas e, em algumas situações, nos municípios e contam com uma estrutura física e administrativa.

O DSEI Manaus possui a sede e uma CASAI localizadas na capital, 3 UBSI tipo I, e 3 UBSI tipo II.

Com relação à infraestrutura de saneamento, o número e percentual de aldeias com estrutura de saneamento por tipo no DSEI Manaus era, em 2019, o seguinte:

- 82 aldeias com infraestrutura de abastecimento de água (31,17%);
- 2 aldeias com fornecimento de água realizado pela empresa de saneamento do município sede da aldeia (0,76%);
- 4 aldeias com banheiros em funcionamento (1,52%);
- 9 aldeias com coleta de resíduos domésticos realizada pela empresa de saneamento do município sede da aldeia ou por empresa contratada pelo DSEI (3,4%).

O acesso às aldeias é feito por transporte fluvial (86,56%) e terrestre (13,44%).

Conhecer o território implica em um processo de reconhecimento e apropriação do espaço local e das relações da população da área de abrangência com as equipes de saúde, levando em consideração dados como perfil demográfico e epidemiológico da população, contexto histórico e cultural, lideranças locais e outros aspectos considerados relevantes para intervenção no processo saúde-doença. Na organização da atenção básica, um aspecto fundamental é o conhecimento do território, que não pode ser compreendido apenas como um espaço geográfico, delimitado para constituir a área de atuação dos serviços. Ao contrário, deve ser reconhecido como “Espaço Social” onde, ao longo da história, a sociedade foi se constituindo e, por meio do processo social de produção, dividindo-se em classes diferenciadas, com acessos também diferenciados aos serviços de saúde.

Nas visitas foram também abordados aspectos relacionados ao quantitativos e à distribuição da força de trabalho alocados à CASAI- Manaus e ao Polo Base Nossa Senhora da Saúde, localizado na Aldeia Três Unidos, buscando elementos referentes ao dimensionamento da força de trabalho nessas unidades. Este tema foi abordado especialmente por meio do depoimento de trabalhadores e trabalhadoras ali alocados, e que apontam um quantitativo insuficiente da força de trabalho para atender a demanda de usuários dos serviços, defasagem esta relatada sobre todas as categorias profissionais, especialmente de profissionais da medicina. Esta carência de profissionais é agravada pelos frequentes afastamentos de trabalhadores e trabalhadoras afetados por adoecimentos, o que causa uma sobrecarga de trabalho para as equipes.

III. VISITA TÉCNICA À CASAI-MANAUS

A CASAI Manaus está localizada na Rodovia Estadual AM 010, KM 25, possui uma capacidade instalada para acolher 202 pacientes, distribuídos em 8 alojamentos com 145 redários e 14 ambiências com disposição de 57 leitos distribuídos em 5 enfermarias e 9 isolamentos. Mas, no dia 30 de outubro, data da visita dos integrantes da MNNP-SUS à CASAI, havia 245 pacientes e 215 acompanhantes, totalizando 460 indígenas, mais de duas vezes a capacidade da CASAI.

A CASAI funciona com 132 trabalhadores e trabalhadoras, sendo 52 contratados por meio de convênio do DSEI Manaus com a Missão Evangélica Caiuá, 10 servidores públicos do DSEI MANAUS, e 70 contratados por outras conveniadas, isto porque a CASAI Manaus recebe pacientes dos DSEI Alto Rio Negro, Alto Rio Solimões, Médio Rio Purus, Médio Rio Solimões e Afluentes, Parintins, Vale do Javari e dos DSEI localizados em Roraima, Acre e Rondônia, e as conveniadas desses DSEI contratam trabalhadores e trabalhadoras pelos seus próprios convênios e colocam à disposição da CASAI Manaus, numa gestão solidária.

Segundo informações colhidas durante a visita junto aos trabalhadores e às trabalhadoras que trabalham em turnos de 12 horas por 36 horas, os mesmos não têm direito às refeições, embora exista na CASAI um serviço para fornecimento de alimentação contratado por meio de empresa terceirizada que produz refeições para os pacientes e

acompanhantes, fornecendo seis refeições diárias (café da manhã, lanche, almoço, lanche, jantar e ceia), mas que não são disponibilizadas aos plantonistas, mesmo sendo um estabelecimento de saúde do DSEI, afastado do centro urbano e de restaurantes ou cantinas próximas.

Além da sobrecarga de trabalho, as equipes ainda enfrentam a dificuldade de assegurar o acesso dos indígenas aos serviços de média e alta complexidade do SUS Manaus/Amazonas e lidam com o sistema de regulação (SISREG) que não está preparado para tratar das especificidades dos povos indígenas que vivem em aldeias, não têm parentes nas cidades e não têm com quem deixar os seus filhos quando o pai ou a mãe é um dos pacientes referenciados.

Outra questão evidenciada e referida pelas equipes é a ausência de profissional médico na CASAI, bem como um serviço de ambulância para as remoções de urgência, e as remoções, quando ocorrem, são feitas em caminhonetes ou outros veículos que não são adaptados para prestação de tais serviços.

Foi observado na CASAI um paciente indígena com lesão neurológica que não pode retornar para sua aldeia e está residindo na CASAI. Este relato reforçou os demais comentários da equipe da CASAI quanto às dificuldades dos DSEI da origem dos pacientes indígenas de agilizarem o retorno dos mesmos às suas aldeias de origem quando se encontram de alta, contribuindo para agravar a superlotação.

IV. VISITA TÉCNICA AO POLO BASE NOSSA SENHORA DA SAÚDE / ALDEIA TRÊS UNIDOS

No dia 31 de outubro de 2023, os integrantes da MNNP-SUS, acompanhados de técnicos do DSEI Manaus e de outros órgãos do MS embarcaram no Porto de Manaus em Lancha Rápida e durante 2 horas percorreram as águas do Rio Negro até chegarem na Aldeia Três Unidos, localizada às margens direita do rio. O pouco volume de água do Rio Negro devido à seca que assola a região obrigou o piloto a atracar a lancha a cerca de 1,5 km da sede do

Polo Base, sendo o percurso final ter que ser feito a pé pelos visitantes que tiveram que fazer um esforço a mais para se locomoverem sobre o piso arenoso das margens do rio.

Na Aldeia Três Unidos, onde fica a sede do Polo Base Nossa Senhora da Saúde, residem 127 indígenas da etnia Kambeba, assim distribuídos:

0 a 4 anos	05 a 09 anos	10 a 19 anos	20 a 59 anos	Mais de 60 anos
15	20	19	63	10

O Polo Base atende, além dos 127 indígenas da Aldeia Três Unidos, mais 545 indígenas das seguintes aldeias e respectivas etnias: Aldeia Nova Esperança, Aldeia Terra Preta, Aldeia Boa Esperança e Aldeia São Tomé: Etnia Baré; Aldeia Barreirinha: Etnia Tukano; Aldeia Kuanã: Etnia Karapanã; Aldeia Branquinho: Etnia Tukano / Tariana; Aldeia Inhã - Bé: Etnia Sateré-Mawé e Etnia Tikuna; Aldeia Rouxinol; Etnia Tuyuka.

V. INFORMAÇÕES COLHIDAS DURANTE A VISITA AO POLO BASE DE NOSSA SENHORA DA SAÚDE

- trabalham no Polo Base Nossa Senhora da Saúde 01 enfermeira, 01 cirurgiã dentista, 01 médico, 03 técnicos de enfermagem, 11 AIS e 4 AISAN, com jornada de 20 dias em área por 10 dias e folga, à exceção dos trabalhadores e das trabalhadoras que residem nas próprias aldeias;
- as patologias mais prevalentes são verminoses, diabetes, hipertensão e artrites;
- a equipe, durante a permanência na Aldeia, dorme em alojamento no Polo, ressaltando que a aldeia dispõe de apenas um gerador a gasolina para fornecer energia para a escola e o Tuchaua da Aldeia Três Unidos, Sr. Waldemir, levou uma extensão da escola até o Polo Base assegurando energia das 18 horas até às 22 horas; ainda segundo informações colhidas junto à equipe, o Polo Base tem sistema de placas solar, mas que não funciona porque apresentou problema nas baterias;
- as gêneros alimentícios para a equipe são adquiridos pelos próprios trabalhadores e trabalhadoras que também cozinham os seus alimentos e compram o gás de cozinha;

- e) as remoções, quando necessárias, são feitas de lancha do DSEI ou pelo SAMU. A comunicação é feita por WhatsApp. A internet é lenta;
- f) segundo informações obtidas da equipe, usa-se bastante a medicina tradicional e há profundo respeito aos costumes e às crenças dos indígenas;
- g) as práticas tradicionais utilizadas no Polo são a “pegadora de ossos”, benzedura, o trabalho de parteira, uso de chás e xaropes caseiros, praticados por Dona Diamantina Cruz, Dona Babá, que cura entorses e luxações com a técnica “pegadora de ossos”;
- h) a equipe, quando faz visitas às outras 9 aldeias, uma vez ao mês, deslocam-se de lancha;
- i) as condições de trabalho observadas no Polo Base são precárias, principalmente da cirurgiã dentista, pelo fato de não ter energia elétrica exclusiva para o Polo Base mas compartilhada com a Escola e que funciona somente após às 18 horas até às 22 horas, dificultando o processo de trabalho da mesma que exige o uso de equipamentos elétricos, obrigando-a a realizar os procedimentos que exigem energia elétrica somente após as 18 horas.

VI. RECOMENDAÇÕES AO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE MANAUS E À SECRETARIA DE SAÚDE INDÍGENA – SESAI/ MINISTÉRIO DA SAÚDE

- 1) Discutir com a SES/AM a relação do Sisreg/AM x saúde indígena, tendo em vista as peculiaridades dos povos indígenas que vivem em aldeias, afastadas dos centros urbanos e localizadas em áreas remotas, cujas comunidades têm dificuldade de comunicação e de deslocamento até a capital Manaus, onde estão os principais serviços de referência hospitalar, ambulatórios de especialidades, serviços complementares de diagnóstico de média e alta complexidade.
- 2) O MS precisa instituir (se não o fez ainda) o fator amazônico para ser aplicado sobre o percapta utilizado para repasse de recursos da União para estados e municípios

- para o SUS da Região Amazônica tendo em vista suas especificidades e peculiaridades.
- 3) Transformar a CASAI Manaus em Casa de Saúde Indígena Regional.
 - 4) Reformar a CASAI Manaus, ampliando a sua estrutura física, para assegurar melhor acolhimento e mais conforto para os pacientes e acompanhantes e melhores condições de trabalho para os trabalhadores e as trabalhadoras que ali executam as suas atividades.
 - 5) Ampliar o quadro de trabalhadores e trabalhadoras da saúde indígena da CASAI Manaus, incluindo na equipe profissionais médicos durante as 24 horas.
 - 6) Assegurar alimentação para os trabalhadores e as trabalhadoras que executam suas atividades em turnos de 12 horas por 36 horas.
 - 7) Garantir serviço permanente de ambulância para remoções em caso de urgência/emergência.
 - 8) Reformar o Polo Base Nossa Senhora da Saúde, assegurando melhores condições de trabalho para os trabalhadores e as trabalhadoras, incluindo a construção de alojamento, cozinha e refeitório com fornecimento de alimentação, instalação de energia elétrica com uso de placa solar ou gerador a gasolina como o utilizado pela escola, garantir acesso à internet, e instalar serviço de rádio comunicação.
 - 9) Assegurar equipamento adequado para transporte do paciente do Polo até a embarcação em caso de remoção.
 - 10) Apoiar as práticas e a medicina tradicional indígena, criando no Polo Base espaço adequado para a execução destas práticas pelos indígenas.
 - 11) Assegurar embarcação adequada para deslocamento das equipes para as outras aldeias adscritas ao Polo Base Nossa Senhora da Saúde.
 - 12) Assegurar condições dignas de trabalho aos trabalhadores e às trabalhadoras da saúde indígena como: locais adequados para atendimento, salubres e ergonomicamente adaptados ao trabalho desenvolvido pelas equipes, alojamentos adequados para as pernoites, fornecimento de refeições pela gestão e condições

seguras de transporte da sede do DSEI até os locais de trabalho e para locomoção nas aldeias.

- 13) Assegurar adicional de penosidade para os trabalhadores e as trabalhadoras que executam suas atividades em áreas remotas e de difícil acesso, conforme estabelece o Art. 7º, inciso XXIII, da Constituição Federal.
- 14) Assegurar adicional de sobreaviso aos trabalhadores e às trabalhadoras que permanecem nos territórios indígenas em escalas de 10, 20, 30 ou 40 dias e que ficam à disposição da gestão durante as 24 horas dos dias enquanto lá permanecerem, conforme estabelece o Art. 244, § 2º, Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).
- 15) Assegurar sistemas de comunicação como internet, rádio e telefone, bem como energia elétrica nas unidades de saúde.
- 16) Mudar o modelo convenial de contratação de trabalhadores e trabalhadoras para a saúde indígena e instituir novo modelo de gestão do trabalho que seja permanente e assegure uma relação de trabalho mais segura e estável, com plano de cargos, carreira e salários.

VII. PROPOSTAS PARA MELHORIA DOS PACIENTES

Durante a visita dos membros da Mesa de Negociação Permanente do SUS, foram feitos alguns registros para subsidiar a elaboração desse relatório. Dentre eles, a da carta de propostas verbalizada por um indígena que se encontrava como acompanhante do seu filho e um paciente em tratamento na CASAI Manaus, carta cujo título é “ Proposta para melhoria dos pacientes”, conforme imagens 01e 02.

Casa Manaus 31.11.2023.
Proposta para melhoria
do paciente

- 1- medicamentos que os pacientes compra com seu Dinheiro próprio (tem recibo para compra a casa)
- 2- Cozinha, alimento diferenciado
Varilhame Novo de alumínio
para os distantes ja estas Velhos.
Ventilador na Sala da Cozinha
- 3- Solicita imnda parlamentar
para compra de uma lancha.
Bipresor para lava pacientes mais
rapido a ponto de referencia Manaus
41. Tabuleiro e cadeira intermediaria
- 4- Carta medicinas e Carta de entrega
na Casa Manaus, urgente.

5- Urgente para Casa Manaus
Um touch para o ponto
de embarque e desembarque
enfrente da enfermaria, pois os
pacientes pegos Sol, e chuva

6- Armarios para os alojamento
com gavetas com chaves.

Imagens 1 e 2 – proposta de melhoria dos pacientes

Transcrição das reivindicações do indígena Jó dos Santos que acompanhava o seu filho Calebe dos Santos na CASAI-Manaus durante a visita dos integrantes da MNNP SUS

Etnia: Kokama - Comunidade: Boará - DSEI Médio Rio Solimões

Proposta para Melhoria dos pacientes:

- 1 - Medicamentos que os pacientes compra com seus dinheiros próprios (ter recurso para comprar CASAI).
- 2 – Cozinha, alimentos diferenciados, vasilhames novos de alumínio pois os disponíveis já estão velhos. Ventiladores na sala da cozinha.
- 3 – Solicito emenda parlamentar para compra de uma lancha.
- 4 – Empresa para levar paciente mais rápido a ponto de referência (Manaus, Tefé, Tabatinga e cidades intermediárias).
- 5 - Horta medicinais e horta de hortaliça na CASAI Manaus.
- 6 – Urgente para CASAI Manaus um toldo para o ponto de embarque e desembarque em frente da enfermaria para os pacientes não pegar sol e chuva.
- 7 – Armário para os alojamentos com gavetas com chaves.

VIII. ANEXOS

Anexo I: ASPECTOS HISTÓRICOS E LEGAIS DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

a. Aspectos Históricos

A história da saúde indígena desde 1500 é marcada por um longo período de negligência e violência por parte dos colonizadores europeus. Com a chegada dos portugueses ao Brasil, os povos indígenas foram submetidos a doenças trazidas pelos colonizadores, para as quais não tinham imunidade, resultando em epidemias devastadoras que dizimaram populações inteiras.

Durante o período colonial, os povos indígenas foram frequentemente escravizados, explorados e expulsos de suas terras, o que teve um impacto significativo em sua saúde física e mental. Além disso, a imposição de valores culturais e religiosos europeus levou à supressão de práticas tradicionais de cura indígena, resultando em perda de conhecimento e sabedoria ancestral.

No século XX, a situação da saúde indígena começou a receber mais atenção, com a criação de políticas e programas específicos para atender às necessidades dessas populações. No entanto, muitos desafios persistem, como a falta de acesso a serviços de saúde adequados, a falta de profissionais de saúde capacitados e sensíveis à cultura dos povos indígenas, e a persistência de preconceitos e estigmas.

Nos últimos anos, houve avanços significativos na luta pelos direitos e pela saúde dos povos indígenas, com a implementação de políticas de saúde diferenciadas e a valorização das medicinas indígenas. No entanto, ainda há muito a ser feito para garantir que os povos indígenas tenham acesso equitativo e de qualidade aos serviços de saúde, respeitando suas culturas e tradições.

Antes da criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SASISUS), em 1999, por meio da Lei nº 9.836, a atenção à saúde indígena era geralmente negligenciada e

inadequada. Os povos indígenas enfrentavam dificuldades significativas para acessar serviços de saúde básicos e especializados.

Muitas vezes, os povos indígenas eram excluídos dos sistemas de saúde existentes, e os serviços de saúde disponíveis não levavam em consideração suas necessidades culturais e linguísticas específicas. Além disso, havia falta de profissionais de saúde capacitados e sensíveis à cultura indígena, o que resultava em barreiras adicionais no acesso aos cuidados de saúde. A medicina indígena, que é baseada em conhecimentos ancestrais e práticas de cura específicas, também era frequentemente desvalorizada e suprimida. Isso resultava na perda de sabedoria e na falta de reconhecimento das práticas de cura tradicionais indígenas como parte integrante do sistema de saúde.

Em resumo, antes da criação do SASISUS, a atenção à saúde indígena era caracterizada por falta de acesso, falta de sensibilidade cultural e falta de reconhecimento da medicina tradicional indígena.

b. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SASISUS)

Como mencionado acima, antes da criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a atenção à saúde dos povos indígenas era caracterizada por falta de acesso, falta de sensibilidade cultural e falta de reconhecimento dos sistemas de saúde e das medicinas indígenas.

Com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SASISUS), em 1999, por meio da Lei nº 9.836, de 23 de setembro, a referida lei acrescentou dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” e instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

De 1999 até 2010, a gestão do SASISUS era de responsabilidade da FUNASA, uma fundação pública federal vinculada ao Ministério da Saúde que, além de ter como competência promover o fomento a soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças, tinha também a competência de executar ações de saúde indígena, por meio de

34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), divididos estrategicamente por critérios territoriais, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Ressalte-se que eles não obedecem aos limites dos estados e dos municípios. Sua estrutura de atendimento conta com Unidades Básicas de Saúde Indígenas (UBSI) Polos Base e Casa de Saúde Indígena (CASAI).

Em 2010, foi criada na estrutura do Ministério da Saúde a Secretaria Especial de Saúde Indígena, que em 2023 foi designada como Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), gestora nacional do SASISUS, que conta com a seguinte estrutura descentralizada que executa a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI):

- 34 DSEI (Distritos Sanitários Especiais Indígenas);
- 71 CASAI (Casa de Saúde Indígena), sendo 2 delas de abrangência nacional, que funcionam como unidades de apoio, com cuidados de enfermagem, nutrição e serviço social aos indígenas que vêm das aldeias para atendimentos complementares na rede do SUS dos municípios ou dos estados;
- 390 Polos Base, que funcionam como unidades de apoio às EMSI (Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena) e às equipes de saneamento. Podem estar localizados em aldeias ou nas sedes dos municípios;
- 1.144 UBSI (Unidades Básicas de Saúde Indígena), que funcionam como unidades para execução de ações de atenção básica e de saneamento ambiental nas aldeias.

O SASISUS conta atualmente com as seguintes categorias de trabalhadores e trabalhadoras: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde, cirurgiões dentistas, auxiliares de saúde bucal, técnicos de saúde bucal, agentes de endemia, farmacêuticos, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, apoiadores, antropólogos, assessores indígenas, secretário executivo, engenheiros, arquitetos, geólogos, apoiadores técnicos em saneamento, gestor de saneamento, técnicos de saneamento, técnicos de edificações, técnicos de química, técnicos eletrotécnico e agentes indígenas de saneamento, somando 17.595 trabalhadores e trabalhadoras

contratados pelo regime da CLT por meio de 8 (oito) organizações não governamentais conveniadas com o Ministério da Saúde.

Segundo informações da SESAI, no caso dos médicos, 164 são contratados pelos convênios e 335 são bolsistas do Mais Médicos. As duas categorias que ainda não têm suas profissões regulamentadas são os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) – no total de 4.885, e os Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) – no total de 2.883, cuja principal característica para as contratações é serem indígenas e residirem nas aldeias onde irão trabalhar.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que aprovou as bases de um novo sistema de saúde para o Brasil, que foram incorporadas pelos Constituintes em 1987 e 1988 na denominada Constituição Cidadã, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990 pelas Leis 8.080 e 8.142, o qual foi complementado em 1999 com a criação do SASISUS, pela Lei 9.836. Neste mesmo ano, a FUNASA passou a ser a responsável pela gestão da saúde indígena, mas novamente ela terceiriza a execução das ações por meio de contratos precários com prefeituras e organizações não governamentais.

Este modelo de gestão de pessoas, por meio de convênios com organizações não governamentais, embora tenha assegurado contratos com registros formais de emprego com carteiras assinadas, direitos trabalhistas e previdenciários assegurados, continuou sendo um modelo impermanente, instável, pois ele se vincula à duração de cada convênio que, pela legislação em vigor, tem duração de 12 meses, podendo ser ou não prorrogado, a depender da vontade da conveniada ou do conveniente.

Foi esta situação e o desejo de buscar um novo modelo de gestão do trabalho para a saúde indígena que venha substituir o modelo convenial, impermanente e instável, que levou o Sindicato Nacional dos Trabalhadores e das Trabalhadoras da Saúde Indígena (SINDCOPSI), por meio dos seus representantes integrantes da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP – SUS), a denunciar a situação e buscar apoio junto à MNNP-SUS para que a mudança seja efetivada e a União passe, finalmente, a assumir a sua responsabilidade pelo modelo de gestão do trabalho, colocando assim um fim às contratações por meio de convênios com organizações não governamentais.

c. Aspectos Legais da Atenção à Saúde Indígena no Brasil

O Art. 196 da Constituição Federal de 1988 define a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, dando as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080, de 1990, e a Lei nº 8.142, de 1990), o qual tem como princípios e diretrizes a universalidade, equidade, integralidade das ações, regionalização, descentralização, hierarquização e a participação da comunidade.

Por outro lado, tendo em vista o preceito contido no art. 231 da Constituição Federal de 1988, que reconhece aos povos indígenas sua organização social, os seus costumes, as suas línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, a garantia do direito à saúde a esses povos assume caráter ainda mais relevante e a necessidade de adoção de medidas estratégicas adotadas pelo SUS para a efetivação da referida garantia fundamental. Nesses termos, foi editada a Lei nº 9.836, de 1999, que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS (SASISUS), a qual dispõe sobre a execução de ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, em perfeita integração com o SUS, cabendo à União, com seus recursos próprios, financiá-lo e realizar a sua gestão.

Fundamentando-se no entendimento de que os povos indígenas têm cosmopercepções, línguas, formas de organização social, valores, costumes e tradições próprias de suas respectivas culturas e de que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, assim como o impacto que a interação com outras culturas exerce sobre essas culturas, ratifica a Lei a obrigatoriedade do Poder Público considerar, na formulação e implementação de políticas de atenção à saúde dos povos indígenas, a realidade local e as especificidades das comunidades alvo.

O principal desafio enfrentado para a execução de ações de atenção básica e saneamento básico para os povos indígenas remete à manutenção de um quadro permanente de trabalhadores e trabalhadoras que permita um efetivo atendimento às necessidades das comunidades indígenas, o que, em geral, decorre dos seguintes fatores: (1) ausência, carência e alta rotatividade de profissionais com os perfis requeridos, sejam na área meio

(apoio administrativo), sejam nas áreas finalísticas (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, farmacêuticos, assistentes sociais, nutricionistas, técnicos de enfermagem e saúde bucal, engenheiros, arquitetos, geólogos, dentre outros); (2) dificuldade de acesso às aldeias, possível por via aérea, terrestre ou fluvial, requerendo, em alguns casos, nada menos que 12 dias de viagem para que os profissionais cheguem aos locais onde irão executar o seu trabalho.

Igualmente merece destaque o regime de trabalho diferenciado adotado para os trabalhadores e as trabalhadoras da saúde indígena que hoje integram as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e as demais equipes complementares, uma vez que, em geral, aqueles cumprem escalas de 20, 30, 40 e até 60 dias de trabalho em área, ficando à disposição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) nas aldeias as 24 horas do dia, por 10, 15, 20 ou 30 dias de folga; (3) restrições à capacitação desses trabalhadores, que impactam, diretamente, na qualidade dos serviços prestados nas aldeias.

Cabe esclarecer que, apesar das diretrizes que norteiam as ações afetas à saúde indígena terem sido alteradas por diversas vezes, desde a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), em 1910, substituído pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), em 1967, nenhuma delas tornou satisfatória a situação sanitária nas aldeias, até que, em 1999, a implementação da política de atendimento descentralizado possibilitou, mediante assinatura de convênios com prefeituras e organizações não governamentais da sociedade civil, a redução da ação direta do Estado naquele segmento. Para sustentação do modelo então implantado, foram criados, na estrutura capilar da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), 34 espaços territoriais denominados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) onde vivem os povos indígenas e criados, no âmbito das suas coordenações regionais, 34 serviços para coordenar essas áreas, produzindo alguns resultados positivos.

Em 2010, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASISUS), então gerido pela FUNASA, foi transferido para o Ministério da Saúde, pela Lei nº 12.314, de 2010, em cuja estrutura foi criada a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) que passou a administrar os DSEI, delimitados considerando-se critérios epidemiológicos, geográficos e etnográficos.

Ressalte-se que a estrutura dos DSEI somente permite a operacionalização do saneamento básico e do atendimento básico de saúde nas aldeias, ficando as ocorrências de média e alta complexidade a cargo de hospitais regionais e ambulatorios de especialidades vinculados ao SUS, condição que exige muita articulação técnica e política e a execução de complexa e onerosa estratégia logística orientada ao atendimento remoto de pacientes. Os desafios enfrentados para a alocação de trabalhadores e trabalhadoras necessários à execução das ações e dos serviços de saúde na área de atenção básica à saúde indígena e de saneamento básico, além das dificuldades relacionadas a operações de logística de aquisição de bens e serviços em localidades de difícil acesso, especialmente para os serviços de saneamento básico e edificações nas aldeias, vêm se constituindo enormes obstáculos para a efetivação plena do atual modelo de atenção à saúde indígena, incluindo o de governança por parte dos DSEI/SESAI/Ministério da Saúde.

Anexo II: - CARACTERIZAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS

Os povos indígenas apresentam características particulares de costumes, crenças, línguas, formas de integração com o meio ambiente, história de interação com os colonizadores e relação com o Estado nacional brasileiro. Desse modo, inserem-se de distintas maneiras na sociedade nacional envolvente.

O reconhecimento étnico se pauta na conjugação de critérios definidos pela consciência da identidade indígena e de pertencimento a um grupo diferenciado dos demais segmentos populacionais brasileiros e pelo reconhecimento por parte dos membros do próprio grupo.

A posse, o usufruto e o controle efetivo da terra pelos indígenas têm sido reconhecidos como condição essencial para a sobrevivência dos povos indígenas. A ausência ou pouca disponibilidade de terras tem, reconhecidamente, produzido enormes impactos sobre as condições de vida das sociedades indígenas, afetando não somente os padrões de subsistência como também dimensões de caráter simbólico no plano da etnicidade.

A garantia do acesso à terra constitui um elemento central da política indigenista do Estado brasileiro. O processo de demarcação é o meio administrativo para explicitar os limites do território tradicionalmente ocupado pelos povos indígenas. Busca-se, assim, resgatar uma dívida social histórica com esse segmento da população brasileira e propiciar as condições fundamentais para as sobrevivências física e cultural dos indígenas.

O processo administrativo de regularização fundiária, composto pelas etapas de identificação e delimitação, demarcação física, homologação e registro das terras indígenas está definido na Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973 (Estatuto do Índio), e no Decreto nº 1.775, de 8 de janeiro de 1996.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, os povos indígenas detêm o direito originário e o usufruto exclusivo sobre as terras que tradicionalmente ocupam. As fases do

procedimento demarcatório das terras indígenas são definidas por ato do Presidente da República e, atualmente, consistem nas seguintes situações:

- a) em estudos: realização de estudos antropológicos, históricos, fundiários, cartográficos e ambientais que fundamentam a delimitação da terra indígena;
- b) delimitadas: terras que tiveram a conclusão dos estudos publicada no Diário Oficial da União pela FUNAI e se encontram em análise pelo Ministério da Justiça para expedição de Portaria Declaratória da Posse Tradicional Indígena;
- c) declaradas: terras que obtiveram a expedição de Portaria Declaratória de Posse Tradicional e estão autorizadas para serem demarcadas;
- d) homologadas: terras que foram demarcadas e tiveram seus limites homologados pela Presidência da República;
- e) regularizadas: terras que, após a homologação de seus limites, foram registradas em cartório em nome da União e no Serviço de Patrimônio da União; e
- f) reservas indígenas: terras doadas por terceiros, adquiridas ou desapropriadas pela União, que não se confundem com as terras de posse tradicional e, por esse motivo, não se submetem aos procedimentos anteriormente descritos.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) atualizou o total das populações de indígenas no país, a partir dos dados das últimas apurações do Censo Demográfico 2022. A população indígena no país é de 1.694.836, vivendo em 6.187 aldeias e também em contexto urbano (fora do território indígena demarcado).

Os indígenas representam 0,83% da população brasileira (203,1 milhões). E, segundo os dados mais recentes, 1,07 milhão deles vivem fora de terras delimitadas (63,25% do total), enquanto apenas 623 mil vivem nessas áreas (36,75%).

A Amazônia Legal tem 868,4 mil indígenas, ou 51,23% do total. Entre as Regiões, a Norte concentra 753,8 mil deles (44,48% do total). Em seguida, aparecem as Regiões Nordeste (com 529,1 mil, ou 31,22%), Centro-Oeste (com 200,2 mil ou 11,81%), Sudeste (com 123,4 mil ou 7,28%) e Sul (com 88,3 mil ou 5,21%).

O Norte também tem a maior proporção de indígenas em sua população total (4,34%), enquanto o Sudeste tem a menor (0,15%). Já o maior percentual vivendo em terras indígenas ficou com o Centro-Oeste (57,06%). No Norte, a parcela é de 42,03%.

Amazonas é o estado com maior população indígena (490,9 mil), seguido pela Bahia (229,4 mil). Roraima tem a maior proporção dessas pessoas em relação ao total de sua população (15,34%).

A terra indígena com maior população é TI Yanomami, com 27.178. Os indígenas se espalham por 4.833 municípios brasileiros, sendo que Manaus tem a maior população absoluta (71,7 mil) e Uiramutã (RR), a maior população relativa (96,6% do total dos habitantes).

Veja aqui os principais destaques do Censo de 2022 sobre povos indígenas:

- O Brasil tem 1,7 milhão de pessoas que se identificam como indígenas. Isso corresponde a 0,8% da população total do país.
- O Norte concentra 45% dos indígenas brasileiros, com grande destaque para o estado do Amazonas – que, sozinho, tem 490,9 mil indígenas, ou 29% do total.
- O Nordeste vem em seguida, com 31% dos indígenas do país. O destaque da região é a Bahia, o segundo estado com mais indígenas do país – quase 230 mil.
- Mesmo com essa concentração, há indígenas em todas as regiões e em todos os estados brasileiros. Das 5.570 cidades do país, 4.832 têm moradores indígenas (86,8%).
- A maioria da população indígena (63%) vive fora das 573 terras oficialmente demarcadas pela Funai.
- Foram contadas 867.919 pessoas indígenas nos municípios da Amazônia Legal, o que representa 51,25% do total da população indígena residente no Brasil. A Amazônia Legal é formada por Amazonas, Acre, Rondônia, Roraima, Pará, Maranhão, Amapá, Tocantins e Mato Grosso.
- A Terra Indígena Yanomami (AM/RR) tem o maior número de pessoas indígenas (27.152). O segundo maior número está na Terra Indígena Raposa Serra do Sol (RR), com

26.176 habitantes indígenas, seguida pela Terra Indígena Évare I (AM), com 20.177 habitantes.

ANEXO III - REGISTROS FOTOGRÁFICOS DAS VISITAS TÉCNICAS

a. Visita à Sede DSEI-Manaus



Visita técnica da MNNP-SUS ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) – Manaus/AM

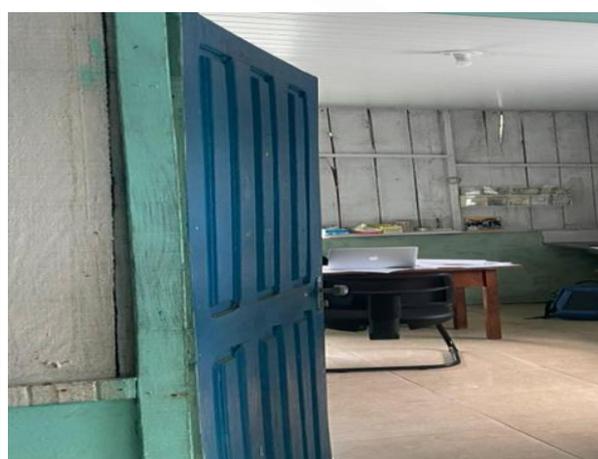


Solenidade de abertura realizada no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) – Manaus/AM

b. Visita às instalações da CASAI-Manaus



c. Visita ao Polo Base Nossa Senhora da Saúde/ Aldeia Três Unidos





d. 85ª Reunião Ordinária da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
(MNNP-SUS)



ANEXO IV – LISTA DOS MEMBROS DA MNNP-SUS PRESENTES NAS VISITAS TÉCNICAS

1. Alessandra Marcia da Costa (FASUBRA SINDICAL)
2. Alison Cardoso Lima (SINDCOPSI)
3. Antonio Alves de Souza (SINDCOPSI)
4. Antônio Cleyton Martins Magalhães (FIO)
5. Benedito de Oliveira (DEGERTS/SGTES/MS)
6. Bianca Coelho Moura (SESAI/MS)
7. Bruno Guimarães de Almeida (DEGERTS/SGTES/MS)
8. Carmem Pankararu (SESAI/MS)
9. Daniel Canavese de Oliveira (Ministério dos Povos Indígenas – MPI)
10. Fernanda Lou Sans Magano (FENAPSI)
11. Grazieli Aparecida Huppel (SVSA/MS)
12. Irene Rodrigues da Silva (CONFETAM)
13. José Ubaldo Silva de Santana (CONDSEF)
14. José Wagner de Queiróz (UNASUS SINDICAL)
15. Layla Daniele Pedreira de Carvalho (Ministério da Igualdade Racial -MIR)
16. Luís Cláudio Celestino de Sousa (FENASCE)
17. Manoel Pereira de Miranda (CNTS)
18. Milca Rodrigues do Rego (FNE)
19. Paulo Henrique Scrivano Garrido (ASFOC-SN)
20. Priscila Tamar Alves Nogueira (SAPS/MS)
21. Ricardo Souza Manzi (CNTSS)
22. Robson José da Silva (CONASS)
23. Rubens Bias Pinto (SAES/MS)

