

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

**RESÍDUOS SÓLIDOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TERRAS INDÍGENAS: O
CASO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MÉDIO RIO PURUS,
AMAZONAS**

SOLANGE LIMA GOMES

ORIENTADORA: Dr^a. Prof^a. Mônica Celeida Rabelo Nogueira

Dissertação do Mestrado

Brasília - DF, 05 de fevereiro de 2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

**RESÍDUOS SÓLIDOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TERRAS INDÍGENAS: O
CASO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA MÉDIO RIO PURUS,
AMAZONAS**

SOLANGE LIMA GOMES

Dissertação de Mestrado Profissional submetida ao Centro de Desenvolvimento Sustentável da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Desenvolvimento Sustentável, área de concentração em Política e Gestão Ambiental.

Aprovado por:

Mônica Celeida Rabelo Nogueira, Doutora (CDS-UnB)

Donald Rolfe Sawyer, Doutor (CDS/UnB)
Examinador Interno

Elaine Nolasco Ribeiro, Doutora (Faculdade UnB Planaltina/UnB)
Examinador Externo

Brasília-DF, 05 de fevereiro de 2013

A toda minha família consanguínea que mesmo geograficamente distante
tem permanecido junto a mim, transmitindo força, coragem,
bom ânimo e esperança na busca pelo meu
crescimento intelecto e moral.

AGRADECIMENTOS

A todos os companheiros de jornada evolutiva aqui neste Planeta Terra (familiares consanguíneos, familiares não consanguíneos próximos e distantes, vizinhos, amigos, colegas dos ambientes sociais, profissionais e escolares, meus sacrossantos Professores e Mestres, todos os trabalhadores que atuam na atenção à saúde dos povos indígenas, todos os povos indígenas das variadas etnias brasileiras e tantos outros seres que compõem o nosso Universo), que de forma direta e indiretamente fizeram parte da construção de mais uma etapa de avanços no meu crescimento intelectual.

*As decisões em consonância com o princípio “sustentabilidade”
são decisões éticas, que contribuem para a manutenção e
aperfeiçoamento de sistemas de sustentação da vida.*

(Bursztyn, 2001)

RESUMO

A possibilidade de contaminação dos poluentes de resíduos sólidos dos serviços de saúde no meio ambiente torna-se ameaça real aos seres vivos se negligenciado o seu manejo e destinação final. Este trabalho tem como objetivo analisar sobre a implementação das diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) relacionadas à “promoção das condições ambientais equilibradas e saudáveis para a garantia da sustentabilidade e proteção à saúde das populações indígenas”, com ênfase sobre o manejo dos Resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde (RSSS) produzidos pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). A análise articula-se com questões relativas ao Programa de Saneamento Ambiental em Terras Indígenas, especialmente com a Ação Resíduos Sólidos, buscando responder à questão-problema: *Como é realizado o manejo dos resíduos sólidos dos serviços de saúde nos Polos Bases dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) de difícil acesso?* A fim de responder a essa pergunta realizou-se estudo de caso de caráter exploratório no Polo Base Iminaã do DSEI Médio Rio Purus, Amazonas, distante da sede do município de Lábrea, em cerca de uma hora por via fluvial. O estudo baseou-se em: a) pesquisa documental (de relatórios técnicos, legislação, políticas e programas de governo, além de material fotográfico); b) revisão bibliográfica sobre a literatura especializada; c) entrevistas com profissionais indígenas e não-indígenas atuantes nos níveis nacional e local na área de saúde indígena, gestores e técnicos da área ambiental do município, bem como com alguns moradores do município de Lábrea; d) observação direta na rotina de trabalho dos profissionais de saúde no Polo Base Iminaã. Parte importante das entrevistas e observação foram realizadas nas agradáveis ‘caminhadas’ em voadeiras pelo sinuoso rio Purus e seus pequenos afluentes, com os profissionais a caminho de mais uma jornada de trabalho nesse Polo Base. O resultado do estudo evidenciou que: a) ao longo dos anos, o Programa de Saneamento Ambiental não incluiu a temática dos Resíduos Sólidos como uma de suas ações em terras indígenas, embora alguns DSEI venham promovendo ações pontuais, por sua conta e riscos, nas aldeias, através dos Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento, que orientam suas comunidades sobre a disposição final dos resíduos domésticos; b) os resíduos de saúde são manejados pelos próprios profissionais de saúde do Polo Base sem protocolos específicos que orientem sobre esse manejo; c) não há a participação do Agente Indígena de Saneamento no manejo desses resíduos; d) parte dos resíduos de saúde são queimados e enterrados em covas rasas próximas à área do Polo Base da aldeia; e) os resíduos perfuro-cortantes são acondicionados em recipientes inadequados, cujo destino final é o incinerador do órgão de saúde municipal, depois destinado ao lixão a céu aberto do município. O presente trabalho conclui que, na prática, e não obstante as diretrizes da PNASPI, o DSEI Médio Rio Purus não vem adotando medidas sanitárias estratégicas para promover condições ambientalmente equilibradas na garantia da sustentabilidade e proteção à saúde dos povos indígenas, no que se refere ao manejo dos resíduos de serviços de saúde em terras indígenas. Para reverter esse quadro propõe-se: a) a capacitação e qualificação dos profissionais de saúde em Educação Ambiental em Terras Indígenas, com foco no gerenciamento dos resíduos sólidos dos serviços de saúde; b) a promoção da integração efetiva do Agente Indígena de Saneamento nas questões dos resíduos de serviços de saúde produzidos nas aldeias; c) o estreitamento das articulações do DSEI com o governo municipal para promover práticas sanitárias, com a construção de instrumentos e pactuações, com vistas à adequação dos procedimentos sanitários de tratamento e destinação final dos resíduos de saúde; d) implantação de vigilância sanitária como uma das ações do Plano Distrital de Saúde Indígena-PDSI.

Palavra-chave: Gestão Ambiental, Resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde, Terras Indígenas, Sustentabilidade.

ABSTRACT

The possibility of contamination of pollutants from solid waste in the health services environment becomes real threat to living beings is neglected its handling and disposal. This study aims to analyze the implementation of the guidelines established by the National Policy for the Health of Indigenous Peoples (PNASPI) related to the "promotion of balanced and healthy environmental conditions to guarantee the sustainability and protecting the health of indigenous peoples," with emphasis on the management of Solid Waste Health Services (RSSS) produced by Indigenous Health Multidisciplinary Teams (EMSI). The analysis articulates with issues relating to Environmental Sanitation Program in Indigenous Lands, especially with the Solid Waste Action, seeking to answer the question-problem: How is the solid waste management of health services in Polos Bases of Special District Health indigenous (DSEI) difficult to access? In order to answer this question was held case study in exploratory Polo Base Iminaã the DSEI Middle Purus River, Amazonas, far from the town of Lábrea in about an hour by boat. The study was based on: a) documentary research (technical reports, legislation, policies and programs of government, and photographic material) b) bibliographic review of the literature, c) interviews with indigenous and non-indigenous working national and local levels in the area of indigenous health managers and technicians of the environmental council, as well as some residents of the municipality of Lábrea; d) direct observation in the routine work of health professionals in Polo Base Iminaã. Important part of the interviews and observation were done in the pleasant 'walks' in the winding voadeiras Purus River and its smaller tributaries, with professionals on their way to another day of work in this Polo Base. The result of the study showed that: a) over the years, the Environmental Sanitation Program did not include the issue of solid waste as one of its actions on Indian lands, although some may DSEI promoting specific actions, at their own risk, in villages, through the Indigenous Health Agents and Sanitation, which guide their communities about the disposal of household waste, b) waste are handled by health professionals themselves without health Polo Base specific protocols to guide management about this; c) there is no participation of Indigenous Sanitation Agent in managing these wastes d) part of healthcare waste are burned and buried in shallow graves near the area of the Base Village Polo d) drill-cutting waste are packaged in containers inadequate, whose final destination is the incinerator of municipal health agency, then for the open dumpsite of the city. This study concludes that, in practice, despite guidelines PNASPI the DSEI Middle Rio Purus not been adopting measures to promote strategic health conditions environmentally balanced in ensuring sustainability and protecting the health of indigenous peoples, with respect to waste management of health services in indigenous lands. To reverse this situation it is proposed: a) the training and qualification of health professionals in Environmental Education in Indigenous Lands, focusing on solid waste management of health services, b) promoting the effective integration of the Indian Agent in Sanitation issues of health care waste produced in the villages c) the narrowing of the joints of DSEI with the municipal government to promote health practices, with the construction of instruments and agreements, with a view to the adequacy of sanitation procedures for treatment and disposal of waste health; d) deployment health surveillance as a strategy of Indigenous Health District Plan-PDSI.

Keyword: Environmental Management, Solid Waste Service of Health, Indigenous, Sustainability.

Lista de fotografias

- Fotografia 1 – Cuidados médicos aos povos do Xingu em 1960
- Fotografias 2 e 3 – Travessia das corredeiras da cachoeira Porteira, no rio Mapuera, com materiais do sistema de abastecimento de água. DSEI Guatoc/PA
- Fotografias 4 e 5 – Sistema simplificado d'água da aldeia Capela, DSEI Xavante
- Fotografia 6 – Polo Base Mata Fome/DSEI Minas Gerais-Espírito Santo
- Fotografia 7 – Casa de Saúde do Índio/DSEI Tapajós/PA
- Fotografias 8 e 9 – Deslocamento das EMSI às aldeias pelo rio Purus
- Fotografias 10 e 11 – Atendimentos à saúde indígena nas aldeias
- Fotografia 12 – Curso de Formação de AISAN
- Fotografia 13 – Dispersão do Curso de Formação de AISAN
- Fotografias 14 e 15 – Rio Purus, Amazonas
- Fotografia 16 - Polo Base Iminaã, aldeia Araçá
- Fotografia 17 – Materiais armazenados na residência do profissional de saúde
- Fotografia 18 – Embarque para o Polo Base Iminaã
- Fotografia 19 – Embarque para o Polo Base Iminaã
- Fotografia 20 – Deslocamento ao Polo Base Iminaã
- Fotografia 21 – Organização das atividades, Polo Base Iminaã
- Fotografia 22 – Caixa de 'discapack' improvisada, Polo Base Iminaã
- Fotografia 23 – Resíduos de saúde produzidos no Polo Base Iminaã
- Fotografia 24 – Saco acondicionador e caixa para perfuro-cortantes, Polo Base Iminaã
- Fotografia 25 – Exame rápido de hepatites virais
- Fotografia 26 – Resíduos dos testes de hepatites virais
- Fotografias 27 e 28 – Transporte dos resíduos de saúde e domésticos para queima
- Fotografias 29 e 30 – Fechamento do buraco com resíduos queimados
- Fotografias 31 e 32 – Reutilização de outro buraco aberto pela EMSI
- Fotografias 33 e 34 – Colocando combustível (gasolina)
- Fotografias 35 e 36 – Queima dos resíduos de saúde e domésticos
- Fotografias 37 e 38 – Queima dos resíduos de saúde e domésticos
- Fotografia 39 – Incinerador da SMS-Lábrea
- Fotografia 40 – Laboratórios de Análises de Água e Laboratório de Endemias

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa de localização dos DSEI

Figura 2 – Organograma do Distrito Sanitário Especial Indígena na SESAI/MS

Figura 3 – Fluxograma da rede de serviços de saúde indígena

Figura 4 – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI)

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Recursos aplicados no saneamento em áreas indígenas 1995 a 1998

Gráfico 2 – Primeiro Inquérito de Saúde e Nutrição Indígena 2009 (Lixo)

Gráfico 3 – Tipos de resíduos sólidos mais encontrados nas áreas indígenas

Gráfico 4 – Destinação dos resíduos de saúde pelas EMSI

Gráfico 5 – Povos indígenas do Médio Rio Purus/AM

Gráfico 6 – Força de trabalho do DSEI Médio Rio Purus/AM

Gráfico 7 – Distribuição dos Casos de Malária por Pólo Base - Jan a Nov/2012

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Recursos destinados aos povos indígenas

Quadro 2 – Classificação dos resíduos dos serviços de Saúde (RSS)

Quadro 3 – Deslocamento e tempo de viagem

Quadro 4 – Doenças infecciosas e parasitárias (Hepatites Virais)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Orçamento para Saneamento em Áreas Indígenas-FUNASA 1995/1998

Tabela 2 – Primeiro Inquérito de Saúde e Nutrição Indígena 2009 (Lixo)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASCOM	Assessoria de Comunicação
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CASAI	Casa de Apoio à Saúde do Índio
CGASI	Coordenação Geral de Articulação da Atenção à Saúde Indígena
CGERH	Coordenação Geral de Recursos Humanos
CGESA	Coordenação-Geral de Edificações e Saneamento Ambiental
CIS	Comissão Intersetorial de Saúde
CNPI	Conselho Nacional de Proteção aos Índios
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNUMAD	Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento
CODER	Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos
CONAMA	Conselho Nacional de Meio Ambiente
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
COSAI	Coordenação de Saúde do Índio
COSAN	Coordenação de Saneamento e de Edificações em Áreas Indígenas
DASI	Departamento de Atenção a Saúde Indígena
DATAPREV	Departamento de Tecnologia da Previdência Social
DATASUS	Departamento Nacional do SUS
DEOPE	Departamento de Operações
DENSP	Departamento de Engenharia de Saúde Pública
DESAI	Departamento de Saúde Indígena
DESAN	Departamento de Saneamento
DGESA	Departamento de Gestão da Saúde Indígena
DIASI	Divisão de Atenção à Saúde Indígena
DIESP	Divisão de Engenharia de Saúde Pública
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSY	Distrito Sanitário Yanomami-DSY
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
ETSUS	Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EVS	Equipe Volante de Saúde
FAB	Força Aérea Brasileira
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBAM	Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFAM	Instituto Federal do Amazonas
ISA	Instituto Socioambiental
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MMA	Ministério do Meio Ambiente
MS	Ministério da Saúde
MSD	Melhorias Sanitárias Domiciliares
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PDSI	Plano Distrital de Saúde Indígena
PIN	Posto Indígena
PLANASA	Plano Nacional de Saneamento
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNEA	Política Nacional de Educação Ambiental
PNMA	Política Nacional do Meio Ambiente
PNRS	Política Nacional de Resíduos Sólidos
PNS	Política Nacional de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saneamento Básico
PNX	Parque Nacional do Xingu
PSF	Programa Saúde da Família
PSY	Projeto Saúde Yanomami
PROEJA	Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SCNES	Sistema de Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SESANI	Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental
SESP	Serviços de Saúde Pública
SISNAMA	Sistema Nacional do Meio Ambiente
SIASI	Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena
SNVS	Secretaria Nacional de Vigilância sanitária
SPILTN	Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais
SPI	Serviço de Proteção ao índio
SUASA	Sistema Unificado de Atenção à Sanidade Agropecuária
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
VIGISUS	Vigilância em Saúde no Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

LISTA DE FOTOGRAFIAS	
LISTA DE FIGURAS	
LISTA DE GRÁFICOS	
LISTA DE QUADROS	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE SIGLAS	
SUMÁRIO	
INTRODUÇÃO	14
METODOLOGIA	18
1 SAÚDE E SANEAMENTO AMBIENTAL EM TERRAS INDÍGENAS:	23
antecedentes históricos e marco legal	23
1.1 BREVE HISTÓRIA DA POLÍTICA INDIGENISTA DA SAÚDE NO BRASIL	24
1.2 FUNAI e FUNASA: índio deitado e índio em pé quem cuida ?	29
1.3 SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDIGENAS	33
1.4 MEIO AMBIENTE, SANEAMENTO E RESÍDUOS SÓLIDOS	35
1.5 SANEAMENTO BÁSICO EM TERRAS INDÍGENAS (1991 a 1998)	37
1.6 SAÚDE E SANEAMENTO AMBIENTAL EM TERRAS INDIGENAS	43
2 GESTÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DOS SERVIÇOS SAÚDE: conceitos e diretrizes políticas	46
2.1 PLANO DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS	48
2.2 RESÍDUOS SÓLIDOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (RSSS)	53
2.3 MANEJO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (RSSS)	58
2.4 RESÍDUOS SÓLIDOS EM TERRAS INDÍGENAS	60
2.5 DIAGNÓSTICO SOBRE RESÍDUOS SÓLIDOS EM TERRAS INDÍGENAS	62
3 OS DSEIs E SUA ATUAÇÃO NO SANEAMENTO AMBIENTAL EM TERRAS INDÍGENAS	68
3.1 AUTONOMIA DOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS	70
3.1.1 Organização dos serviços de saúde indígena nas aldeias	72
3.1.2 Atenção primária à saúde dos povos indígenas	73
3.1.3 Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI)	75
3.1.4 Agente Indígena de Saneamento (AISAN) na EMSI	81
3.1.5 Atividades do Agente Indígena de Saneamento (AISAN)	83
3.1.6 Formação do Agente Indígena de Saneamento (AISAN)	85

SUMÁRIO

4 DSEI MÉDIO RIO PURUS, AMAZONAS: um estudo de caso sobre a gestão de Resíduos de Serviços de Saúde em Terras Indígenas	91
4.1 PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS ALDEIAS	94
4.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO DSEI MÉDIO RIO PURUS	95
4.3 RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO POLO BASE IMINAÃ	98
4.3.1 Características do Polo Base Iminaã	98
4.3.2 Atividades da EMSI nas aldeias do Polo Base Iminaã	101
4.3.3 Ação do Programa DST/Aids e Hepatites Virais	103
4.3.4 Manejo dos resíduos de saúde produzidos pela EMSI no Polo Base Iminaã	105
4.3.5 Destinação final dos resíduos dos serviços de saúde do Polo Base Iminaã	109
4.3.6 Destinação final dos resíduos perfuro-cortantes	112
RESULTADO DO ESTUDO	116
CONCLUSÃO	117
PROPOSIÇÕES	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	127

INTRODUÇÃO

*Ambiente limpo não é o que mais se limpa mas o que menos se suja.
“Chico Xavier”*

A mensagem emblemática do companheiro Chico Xavier nos faz pensar sobre nossas condutas frente ao meio ao ambiente que vivemos e como administramos o nosso tempo - sempre sujando – limpando – sujando e empurrando o lixo para bem longe do nosso raio de visão, como se esse lixo não tivesse sido parte da nossa existência e não fosse de nossa responsabilidade. Parece que ainda não apreendemos as lições que a natureza, a cada dia, nos ensina sobre suas forças reativas às ações danosas que aplicamos no meio ambiente.

A temática que me propus a estudar são os Resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde (RSSS) produzidos pelos profissionais, na execução das ações de atenção à saúde no Polo Base Iminaã, do Distrito Sanitário Especial Indígena DSEI Médio Rio Purus do Amazonas, instalado em local de difícil acesso dentro da terra indígena. Trata-se de um estudo exploratório visto que é um tema pouco estudado nas terras indígenas. Também por essa razão, parte do presente trabalho é dedicada à revisão e análise das diretrizes propostas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com relação ao saneamento ambiental para melhoria da saúde e ambiente dos indígenas, com especial atenção sobre a região amazônica.

A escolha do estudo sobre os resíduos das atividades humanas teve como um dos pontos de partida o Curso de Especialização em Saúde Pública, realizado em 1992 pela Universidade de Ribeirão Preto de São Paulo e Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba, após ter concluído a graduação em Bacharel em Filosofia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), quando aos 25 anos de idade visitei, juntamente com outros alunos, o ‘lixão do Roger’ às margens do rio *Sanhauá* que banha parte do município de João Pessoa/PB. Foi nesse lixão que observei a quantidade de resíduos sem nenhum processo de separação e amontoados desordenadamente e as muitas famílias, que viviam à beira desse lixão, catando os resíduos sólidos jogados/descartados sem quaisquer cuidados juntos com outros materiais. Os catadores limpavam os objetos de seu interesse (cadeiras, sofás, espelhos, armários, copos, panelas, brinquedos, bolsas, sapatos, etc.) e reutilizavam para construir o ambiente interno das suas humildes e precárias moradias, cobertas de papelão e sacos plásticos e construir/reconstruir suas próprias vidas.

Dois anos após essas impactantes visitas, estudei outra graduação na área de Comunicação Social na mesma Universidade e, juntamente com outra aluna, elaboramos um vídeo educativo com título “A separação do lixo doméstico da sua casa – Lixo Seco e Lixo Molhado”, cuja finalidade era divulgar nas escolas públicas do ensino fundamental da 1ª a 5ª série, da cidade de João Pessoa/PB. Esse tema foi pensado na tentativa de sensibilizar as pequenas e novas gerações de crianças à conscientização e responsabilidade individual e coletiva sobre o acondicionamento e armazenagem do lixo seco e molhado dentro da sua própria casa.

Na primeira metade da década de 90 o ‘lixão do Roger’ foi desativado e instalado fora da cidade de João Pessoa, bem longe das margens de quaisquer outros rios. Assim, o rio *Sanhauá* teve seus manguezais recuperados e restaurados, passando a correr livremente, com sua majestosa beleza, banhando as cidades de João Pessoa, Bayeux e parte de Santa Rita. Essa mudança foi provocada pelos fortes incentivos político-financeiros após a Conferência RIO-92, quando João Pessoa recebeu o título de cidade mais verde do mundo, embora com a “cara suja” por causa dos maus tratos dado a esse majestoso patrimônio natural – o rio *Sanhauá*.

Após a conclusão desses estudos, me envolvi com outras temáticas no ambiente da Administração Pública, na condição de servidora pública federal da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), onde realizei mais duas outras especializações com ênfase em fiscalizações e auditorias de avaliação de desempenho de Programas Governamentais, mais especificamente no programa Saneamento Básico dos municípios com até 50 mil habitantes que executavam construções de sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário, melhorias sanitárias domiciliares e resíduos sólidos urbanos. Desde esse período, me chamou a atenção para este último programa que tinha poucos incentivos e escassos recursos, pois eram priorizados os programas voltados ao abastecimento de água e esgotamento sanitário, em detrimento dos resíduos sólidos.

Um outro ponto fundamental para a retomada do estudo da temática Resíduos Sólidos foi a minha atuação na Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). No final da década de noventa, a missão de gerenciar a Saúde Indígena havia sido transferida da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para FUNASA. A partir de 2002 comecei a participar dos trabalhos de fiscalizações e avaliações das ações executadas pelas Coordenações Regionais da FUNASA nos estados e seus Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), com fiscalizações na aplicação dos

recursos repassados por meio de convênios às Organizações Não-Governamentais (ONG) para execução de ações complementares, junto aos DSEI. Nesse período tive a oportunidade de conhecer a lógica que envolvia a rede de atenção à saúde indígena dentro das aldeias, com os Postos de Saúde, os Polos Bases, as Casa de Apoio à Saúde do Índio, as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígenas (EMSI) e seus os Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento (AIS e AISAN). Naquela época, tudo era novidade para os servidores da FUNASA que desconheciam sobre as políticas públicas que envolviam as populações indígenas e suas vulnerabilidades sociais e especificidades culturais.

É importante destacar que num momento da recepção da saúde indígena na FUNASA, as questões sobre o atendimento diferenciado, respeitando as peculiaridades e singularidades etnoculturais indígenas, não foram bem assimiladas por alguns servidores, pois o desconhecimento sobre populações indígenas os levava a questionar sobre a real existência dessas populações no país. Tive oportunidade de ouvir de alguns colegas questões como: “ainda existia índio no Brasil?...”; “os índio estão somente na floresta do Amazonas?”...; “no Nordeste tem índio?” e outras tantas questões que indicavam desconhecimento e, mais tarde, resistência de alguns servidores do quadros do órgão para atuarem junto a esse segmento. As tensões e conflitos no processo de aproximação entre indígenas e servidores públicos foram marcantes, chegando ao ponto destes se transferirem para trabalhar em outros órgãos públicos ou buscar a aposentadoria.

Essa situação teve como ‘pano de fundo’ o pouco cuidado e falta de preparo da FUNASA em administrar os conflitos e promover qualificação de seus servidores públicos na atuação do contexto da interculturalidade, o que acarretou os encontros e desencontros entre não-indígenas e indígenas, além de deixar ao encargo das ONG’s a tarefa de capacitar, qualificar e contratar profissionais por outros regimes trabalhistas para executar ações de saúde nas aldeias indígenas. Essa forma de contratação, considerada precarizada no âmbito da Administração Pública e também do ponto de vista da grande responsabilidade da missão institucional da FUNASA, fragilizou ao longo do tempo a PNASPI nas suas grandes áreas – Saúde e Saneamento Ambiental em Terras Indígenas –, dois grandes pilares de sustentabilidade de sua missão institucional. Embora algumas ONGs trouxessem *expertise* no trato com a política de capacitações e qualificação para atuar no contexto intercultural indígena, não eliminou ou minimizou a alta rotatividade de profissionais de saúde. Até os dias atuais tem-se observado acentuadas fragilidades na construção e implementação de políticas

públicas específicas aos povos indígenas, uma vez que o acervo de conhecimentos e experiências em área vão embora com esses profissionais que se desligam da conveniada.

Em 2008 o Ministério da Saúde criou o Grupo de Trabalho, do qual fiz parte das discussões para a desvinculação dos DSEI da FUNASA, passando a fazer parte, em 2010, da estrutura organizacional da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) diretamente ligada ao Ministério da Saúde. Com a SESAI, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) se transformaram em estruturas organizacionais com autonomia administrativa, orçamentária e financeira. Neste mesmo ano passei a desenvolver atividades na Coordenação Geral de Articulação da Saúde Indígena (CGASI) estreitando relações intersetoriais no âmbito do MS, promovendo sensibilização junto aos técnicos de diversas áreas com objetivo de fazê-los conhecer e reconhecer a PNASPI e as especialidades e singularidades da missão institucional da SESAI. Essas articulações também foram intensificadas junto aos técnicos nos níveis estaduais e municipais, onde existem terras indígenas, na busca pelo estreitamento das ações integradas e pactuadas, embora essa tarefa tenha sido árdua, tendo em vista o contexto político partidário que envolve os gestores interfederativos.

Embora as fragilidades políticas e operacionais do órgão do qual faço parte, aumentou o interesse em ampliar estudos e pesquisas sobre as intervenções das políticas públicas nas terras indígenas voltadas ao Saneamento Ambiental e Saúde, com ênfase nos Resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde (RSSS), tendo em vista que uma das diretrizes da PNASPI tem priorizado a *promoção das condições ambientais equilibradas e saudáveis para garantir sustentabilidade e proteção à saúde dos povos indígenas*, contemplando ações de saneamento básico, desenvolvidas pelo DSEI, baseado em critérios epidemiológicos e estratégicos que assegurem a destinação adequada dos resíduos sólidos nas aldeias. Nesse sentido, aprofundei entendimentos sobre conceitos das políticas públicas de saúde e suas intervenções locais de saúde no ambiente das terras indígenas, constantes deste trabalho descritivo.

METODOLOGIA

*Ninguém investiga o que não conhece.
(Porto, 2010)*

O presente estudo tem como objetivo analisar sobre a implementação das diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) relacionadas à “promoção das condições ambientais equilibradas e saudáveis na garantia da sustentabilidade e proteção à saúde das populações indígenas”, com ênfase no manejo dos Resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde (RSSS) produzidos pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e buscar identificar possíveis entraves, interferências, limitações e distorções e dessa forma buscar responder a questão inquietante: *Como é realizado o manejo dos resíduos sólidos dos serviços de saúde, pelas EMSIs, em Polos Bases, como os do DSEI Médio Rio Purus, considerados de difícil acesso?* Para responder à questão foram, preliminarmente, levantadas as seguintes respostas hipotéticas:

Respostas Hipotéticas

A) Os profissionais de saúde enterram os RSSS na aldeia indígena.

B) Os profissionais de saúde queimam os RSSS e depois enterram na aldeia indígena.

C) Os profissionais de saúde armazenam temporariamente os RSSS após o término da sua permanência na aldeia e retornam com esses resíduos para o devido tratamento e destinação final, no órgão de saúde municipal.

Se confirmado

✓ Esse procedimento demonstra que as práticas adotadas nas terras indígenas coloca em riscos potenciais a saúde e ambiente das aldeias, distorcendo das diretrizes da PNASPI, que é a garantia da promoção às condições ambientais saudáveis para a proteção à saúde indígena nas aldeias.

✓ Evidencia-se aqui uma preocupação em minimizar os riscos à saúde humana e ambiente nas terras indígenas, embora essa prática ainda não atenda as diretrizes da PNASPI.

✓ Nesse caso, o procedimento adotado é considerado adequado do ponto de vista das práticas sanitárias e de acordo com as diretrizes da PNASPI.

Para investigar as formas de manejo dos RSSS no contexto do DSEI Médio Purus foi adotada a abordagem qualitativa de pesquisa. A metodologia é entendida como um passo a passo para se chegar ao objetivo principal de um estudo podendo ser também entendida como a abordagem, os meios e técnicas utilizados para o

mesmo fim. Lakatos (2009) distingue os métodos conforme sua inspiração filosófica, grau de abstração e à finalidade mais ou menos explicativa da pesquisa. Segundo descrição de Chizzotti (1995) a metodologia qualitativa é aquela que:

fundamenta-se em dados coligidos nas interações interpessoais, na co-participação das situações dos informantes, analisadas a partir da significação que estes dão aos seus atos. O pesquisador participa, compreende e interpreta. (Chizzotti, 1995)

De acordo com a distinção proposta por Lakatos, o presente estudo apresenta-se como um trabalho de orientação construtivista, focado na descrição e análise dos processos de manejo de RSSS no contexto específico de uma terra indígena, de modo a preencher o que reconheço ser uma lacuna no conhecimento sobre a implementação de políticas de saúde e saneamento ambiental junto a povos e terras indígenas. Trata-se, portanto, de um estudo de caráter exploratório, sem pretender generalizações teóricas, mas apenas focalizar e problematizar o tema, confrontando-o às diretrizes estabelecidas em políticas públicas para a saúde e o saneamento ambiental junto a povos e terras indígenas. Tendo adotado esse abordagem, foram selecionadas algumas técnicas características de pesquisas qualitativas para a realização do estudo, a saber:

- a) Realização de entrevistas com técnicos da SESAI do nível nacional e local, guiadas por pontos de interesses deste estudo. Durante as entrevistas, os entrevistados discorreram sobre suas experiências profissionais vividas nas terras indígenas, sobre a situação atual das políticas de saúde direcionadas aos povos indígenas, temas e questões como as políticas de saúde e saneamento ambiental, de resíduos sólidos e de resíduos líquidos em terras indígenas, sobre regulamentos, normativos, protocolos existentes, na política nacional de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- b) Observação participante do cotidiano do DSEI do Médio Purus, Amazonas. Nesta etapa o local escolhido foi motivado por apresentar características e peculiaridades ao objeto de estudo, ou seja, um local de difícil acesso. Outra motivação para a escolha do local da pesquisa em campo foi o fato de que, desde agosto de 2012, esta pesquisadora exerce função na Coordenação do Serviço de Recursos Logísticos, atuando estrategicamente na reorganização dos serviços técnico administrativos desse Distrito Sanitário. A função favoreceu a um maior nível de integração e envolvimento com os técnicos que atuam nos Polos Bases, aliado aos conhecimentos desta pesquisadora, no que refere a política de saúde indígena.

É importante destacar que neste estudo não foram aprofundadas questões sobre a antropologia indígena, nem tampouco sobre resíduos sólidos produzidos pelos moradores indígenas, nas aldeias. O estudo limitou-se tão somente a investigar os procedimentos adotados pela EMSI do DSEI Médio Rio Purus, no manejo dos resíduos dos serviços de saúde no Polo Base de difícil acesso em terras indígena, desde a geração dos RSSS até a sua destinação final, no município.

No decorrer dos estudos de campo algumas dificuldades se fizeram presentes. O mandato na função obrigou a pesquisadora estabelecer uma rígida disciplina administrando o tempo dos estudos acadêmicos e atividades na função. As adversidades geográficas e climáticas da região exigiram algumas mudanças de hábitos no cotidiano, uma vez que quase 90% dos deslocamentos na região são por via fluvial, onde todos respeitam a sazonalidade do rio Purus, ou seja, as vazantes ou as enchentes do rio determinam a vida dos moradores nessa região, quer seja na alimentação, no lazer, no trabalho, nos negócios ou no comércio do município.

Outros fatores de dificuldades ao qual esta pesquisadora se deparou foram: a necessidade de se 'despir' do olhar de servidora pública numa função de Direção e Assessoramento Superior (DAS) e se 'vestir' de aluna pesquisadora ambiental, num campo de atuação inerente àquela função; a infra-estrutura do município com precárias condições de distribuição de energia elétrica, constantes oscilações e quedas de energias, insuficiência da rede lógica com acesso a internet, por várias horas e até dias. Porém, todas as dificuldades foram superadas pelo interesse em investigar o manejo dos RSSS em terras indígenas e buscar respostas às inquietações, tentando conjecturar propostas de melhorias nas práticas sanitárias exercidas pelo Distrito Sanitário estudado.

Além dos dados primários coligidos nesse período, esta pesquisadora recorreu à revisão e análise de documentos (arquivos públicos, documentos oficiais, legislação e políticas específicas) relacionados ao tema. Com relação à análise documental, Portela (2011) destaca que essa etapa é um processo de investigação que exige procedimentos como a identificação e compreensão das informações como parte de um conjunto de produções. De acordo com a autora, a fonte documental deve ser tratada com vistas ao problema estudado, a fim de se estabelecer conexão à uma narrativa organizacional e inteligível.

Assim, foram revisados documentos oficiais e bibliográficos sobre as políticas voltadas aos povos indígenas, focadas na saúde e saneamento ambiental, disponibilizados pelas instituições que atuam nessas ações específicas, como a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) do Ministério da Saúde (MS), Instituto Brasileiro do Meio Ambiente (IBAMA) e Ministério do Meio Ambiente (MMA).

De acordo com Porto (2010), a pesquisa qualitativa pode ser associada a um estudo quantitativo e que pesquisadores destacam ser essa a melhor forma de pesquisa. Em consonância com essa perspectiva, o presente estudo é complementado de forma parcial com alguns indicadores epidemiológicos, valores orçamentários, números da demografia humana. Esses dados auxiliam sobretudo na contextualização do objeto, oferecendo parâmetros para aprofundar na análise do tema. Grande parte desses dados foram obtidos através dos sistemas informatizados de bases de dados disponíveis nas instituições citadas acima, além das consultas nas páginas e sites eletrônicos, abaixo:

- a) Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena (SIASI) <http://www.siasi.gov.br>;
- b) Sistema Formulário SUS (FORMSUS) <http://formsus.datasus.gov.br> do Departamento Nacional do SUS (DATASUS);
- c) Base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) <http://www.ibge.gov.br>;
- d) Instituto Socioambiental (ISA) www.isa.org.br;
- e) Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), www.saude.gov.br

O presente trabalho encontra-se dividido em 04 (quatro) capítulos:

Primeiro capítulo: Saúde e Saneamento Ambiental em Terras Indígenas: antecedentes históricos e marco legal – são descritos uma breve abordagem histórica da Política Indigenista de Saúde no Brasil sob as gestões do SPI, da FUNAI, da FUNASA, com ações compartilhadas até a instituição do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, seguindo à uma análise sobre as políticas de Meio Ambiente, Saneamento Ambiental, Resíduos Sólidos, bem com a História do Saneamento Básico em Terras Indígenas no período de 1991 a 1998, e por fim a Saúde e Saneamento Ambiental em Terras Indígenas.

Segundo capítulo: Gestão de Resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde: conceitos e diretrizes políticas – aqui são feitas abordagens sobre o Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos; dos Resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde (RSSS) e seu manejo; dos Resíduos Sólidos e do Diagnóstico desses resíduos em Terras Indígenas.

Terceiro capítulo: os DSEIs e sua Atuação no Saneamento Ambiental em Terras Indígenas – neste, é realizada uma contextualização sobre a criação dos DSEI sua autonomia, organização dos serviços da atenção primária nas aldeias, executadas pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e o Agente Indígena de Saneamento (AISAN) abordando sobre o papel representativo nas equipes de saúde, atividades e curso de formação.

Quarto capítulo: DSEI Médio Rio Purus, Amazonas: um estudo de caso sobre a gestão de Resíduos dos Serviços de Saúde em Terras Indígenas – é nesse capítulo que são relatados os estudos em campo com as observações diretas no local escolhido abrangendo os seguintes tópicos: a prestação dos serviços de saúde, perfil epidemiológico do Distrito estudado; resíduos dos serviços de saúde no Polo Base Iminaã apresentando características do polo, atividades exercidas pela EMSI com a ação de DST/Aids E Hepatites Virais, o manejo dos resíduos de saúde desde a sua concepção até a destinação final.

Em seguida, são apresentados os resultados e conclusão do estudo, discorrendo sobre as questões ambientais e de saúde e a prestação dos serviços executado pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus, as práticas sanitárias exercidas pelas EMSI dentro das terras indígenas para garantir condições ambientais saudáveis e proteção à saúde dos povos indígenas, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Na oportunidade são apresentadas propostas com objetivo de minimizar ou eliminar distorções na prestação dos serviços de saúde e saneamento ambiental em terras indígenas, em cuja responsabilidade sanitária está o Gestor em Saúde.

CAPÍTULO 1

SAÚDE E SANEAMENTO AMBIENTAL EM TERRAS INDÍGENAS: antecedentes históricos e marco legal

Em pouco mais de algumas décadas nosso país reconheceu que existiam outros brasileiros enraizados nesta grande pátria chamada Brasil. Estes brasileiros que por equívocos históricos foram denominados de ‘índios’, passaram a fazer parte da estrutura da nossa sociedade brasileira, de direito e de fato, na Constituição Federal do Brasil (CF/1988). De acordo com dados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico (IBGE) de 2010, a população brasileira é estimada em 197 milhões de pessoas, sendo que destas somente 817.963 são pessoas indígenas. Esses “novos” brasileiros foram considerados nas políticas públicas do país, na categoria de populações socialmente vulneráveis pela sua baixa demografia, pelas diversidades étnicas, e suas singularidades na forma de viver.

A configuração de uma nova visão dos povos indígenas fez com que a CF/1988 estabelecesse e assegurasse no Artigo 231 as suas pluralidades etnoculturais, organizações sociais, costumes, línguas, crenças e tradições, seus direitos originários e de suas terras, que ocupam tradicionalmente. A ocupação tradicional da terra está descrita como aquelas utilizadas em caráter permanente, imprescindíveis para a preservação do ambiente necessário ao seu bem estar e necessário à sua reprodução física e cultural. Posteriormente este artigo foi ratificado pela Convenção da Organização Internacional do Trabalho (OIT) – Convenção nº. 169.¹, reforçando a responsabilidade do Estado Brasileiro em reconhecer e valorizar esses preceitos constitucionais.

Nesse contexto, o presente estudo traz uma abordagem analítica sobre as políticas públicas intervencionistas nas terras indígenas, mais especificamente na saúde e saneamento ambiental, cujas políticas vem sendo construída com ações transversalizadas e aproximativas na busca pela qualidade de vida e bem estar, após as grandes crises ambientais, em todo o mundo. Essa abordagem aprofunda-se numa análise com ênfase nas questões ambientais sobre o manejo dos resíduos sólidos dos serviços de saúde, no Polo Base de difícil acessibilidade nas terras indígenas, do DSEI, na região da Amazônia Legal.

¹ A Convenção foi aprovada na Conferência Geral da Organização Internacional do Trabalho, Convocada em Genebra pelo Conselho de Administração da Secretaria Internacional do Trabalho e reunida na mesma cidade em 7 de junho de 1989, em sua Septuagésima Sexta Reunião.

1.1 BREVE HISTÓRIA DA POLÍTICA INDIGENISTA DA SAÚDE NO BRASIL

Quando no estudo da historia, religião, usos e costumes de um povo vencido e subjugado outros documentos não temos além das chronicas e relações dos conquistadores, sempre empenhados em todos os tempos a glorificar seus actos com apparencias de justiça, e a denegrir as suas victimas com imputações de todos os gêneros; engano fora si cuidássemos achar a verdade e os factos expostos com sincera imparcialidade, e devidamente interpretadas. (...) As noticias que sobre os indígenas da America, e com especialidade os do Brasil, nos deixaram os primeiros Europeos que delles escreveram, são tão contradictorias, que as não podemos aceitar todas sem exame. O amor ao extraordinário os leva a hyperboles e fabulas; acham homens monstros, sem lei nem grei, como acham gigantes e amazonas. (D.J.G MAGALHÃES, 1860)

O SPI foi criada com a finalidade principal de “proteger” os índios, sua saúde, educação, preservação, conservação e desenvolvimento do seu patrimônio, bem como implementar estratégias de controle das fronteiras e sertões e o controle da ocupação do vasto território brasileiro. As ações de saúde eram realizadas em terras indígenas com um pequeno número de profissionais e de forma esporádica, por meio de Equipes Volantes de Saúde (EVS). Não havia dados de pesquisas nem registros relacionados às condições sanitárias dos indígenas que estavam fora das terras, os quais não eram assistidos por esse Serviço.²

No cumprimento das atribuições institucionais o SPI encontrou diversas dificuldades, esbarrando numa máquina administrativa governamental desproporcional aos objetivos da sua missão junto às sociedades indígenas. Dentre as dificuldades estavam a ausência de informações sobre a realidade indígena, a falta de preparo dos profissionais em atuar com essas populações, devido as desarticulações lingüísticas, precárias condições de deslocamento para as áreas de difícil acesso e de riscos, situações distintas ou inusitadas dos índios em relação aos padrões socioculturais e sanitários dos profissionais de saúde. Aliado a esses fatores estava a desorganização administrativa e denúncias evidentes de irregularidades na gestão do SPI.

Embora o Ministério da Saúde (MS) já tivesse sido criado desde 1953 pela Lei nº. 1.920, de 25/07/1953, limitava-se as ações pontuais e específicas, com as companhias de vacinações, controle da tuberculose e outra doenças transmissíveis,

² Botelho (2005) descreve que a primeira proposta de Censo Demográfico de populações indígenas no Brasil foi elaborada em 1852, porém não foi levada a efeito. A proposta previa a identificação de tribos indígenas a que pertenciam os índios e caboclos. Em 1872 ocorreu o primeiro censo que organizou os sistemas de nascimentos, casamentos e óbitos e tinha como meta recensear os habitantes brasileiros e estrangeiros, presentes ou ausentes, livres ou escravos, sendo retirada a identificação “índio”.

executadas através do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) com o apoio da Força Aérea Brasileira (FAB). Na década de 50 o médico alemão Noel Nutels, a partir de sua participação na Expedição Roncador-Xingu dos irmãos Villas Boas, iniciou trabalhos intensivos no combate a tuberculose.

A Fotografia 1 - Cuidados médicos aos povos do Xingu, em 1960, a seguir ilustra o atendimento aos indígenas numa campanha contra o surto de sarampo que dizimou cerca de 120 dos 3 mil índios do Alto Xingu. Nessa fotografia, observa-se a quantidade de crianças com suas mães à espera do atendimento, onde estão expostos ao ar livre os materiais e insumos (algodão, garrafa de álcool, caixas de medicamentos, recipientes de esterilização, etc) além do profissional de saúde atuando na imunização e produzindo os resíduos de saúde. Desde então, pode-se inferir que a geração de resíduos de serviços de saúde nas aldeias, ainda que em menor escala, já se constituísse num problema.



Fotografia 1: Cuidados médicos no Xingu, 1960. Fonte: www.socioambiental.org.

Nessa época, conquanto as políticas de saúde estivessem chegando lentamente às aldeias, alguns antropólogos, sociólogos e historiadores sinalizavam com pessimismo para um tímido crescimento demográfico indígena, prognosticando a total extinção dos índios, levando em consideração os impactos das doenças causadas pela aproximação acelerada da “civilização” às suas terras, bem como as fragilidades das políticas públicas indigenistas, aplicadas naquela época de forma pontual e

esporádica. Marques (2003) comenta que, em meados de 1970, acreditava-se ser inevitável o desaparecimento dos povos indígenas, uma vez que esta população continuava a decrescer; tendo atingido seu limite mais baixo naquela década.

Em 1967, o Governo Federal extinguiu o SPI e passou suas atribuições para Fundação Nacional do Índio (FUNAI), criada com a missão institucional de exercer poderes de representação ou assistência jurídica inerente ao regime tutelar dos índios, promovendo a garantia do reconhecimento dos povos indígenas como etnias diferenciadas, respeitando suas organizações sociais, costumes, línguas, crenças e tradições e garantia das ações de saúde na prestação de assistência médico-sanitária. De acordo com Curi (2005) até a promulgação do Código Civil Brasileiro, os índios eram incluídos na lista dos em regime tutelar, ou seja, aqueles indivíduos relativamente incapazes a certos anos da vida civil.

Para organizar a execução dos serviços de saúde, a FUNAI estruturou uma rede física interiorizada de atendimentos, por intermédio dos Postos Indígenas (PIN) que funcionavam nas proximidades das terras indígenas, com um Auxiliar de Enfermagem executando ações pontuais como curativos de emergências e acompanhando a saúde daqueles pacientes que precisavam de atenção mais prologada. A rede interiorizada também contemplava a Casa de Apoio ao Índio que alojava o paciente e seus acompanhantes, nesses tratamentos ou quando era necessário ser assistido com tratamento um pouco mais especializado.

Segundo Baniwa (2006), entre as políticas setoriais destaca-se a de atenção à saúde dos índios caracterizada pela ação vertical das chamadas Equipes Volantes de Saúde (EVS) que, sediadas em espaços urbanos, realizavam deslocamentos periódicos às aldeias para atender demandas espontâneas dos índios doentes. Nesse contexto, infere-se que, com as entradas das equipes de saúde nas aldeias, o manejo dos resíduos dos serviços de saúde já faziam parte dos cenários de problemas ambientais em terras indígenas.

Com a CF/1988 os povos indígenas passaram a ser gradativamente integrados às políticas públicas, na categoria de populações socialmente vulneráveis pela sua baixa demografia, diversidade étnica e peculiaridades e singularidades em suas formas de viver. Precedendo a CF/1988, a Oitava Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, constituiu-se também em um marco histórico para o avanço no reconhecimento e construção de políticas públicas específicas, direcionadas aos

povos indígenas. Durante a conferência houve a inclusão na pauta de discussões sobre as diretrizes para nortear a política pública de proteção à saúde dos povos indígenas, abrindo-se espaços de diálogos e reivindicações aos próprios interessados – os Povos Indígenas. Na pauta desta Primeira Conferência foram discutidos temas importantes como participação indígena na gestão, acompanhamento e controle das políticas públicas, busca pelo respeito às singularidades das etnias, seus determinantes espaciais, geográficos, espaço temporal histórico, avanços nos contatos com a sociedade não indígena, posse exclusiva das terras, saúde no espaço e no tempo próprio aos usos e costumes dos povos indígenas.

A década de 80 passava por transições históricas na política brasileira, iniciando-se um fim de regime militar e iniciando-se em lutas para construção de uma democracia no país, alavancada pelos movimentos sociais, dentre eles destacou-se o Movimento Sanitarista que ansiava por ocupar espaços de discussões na elaboração da Política Nacional de Saúde (PNS). Faleiros (2006) descreve que, até esse momento, as questões de saúde eram discutidas no campo das formas técnicas e acadêmicas com ausência no campo político e social e que o movimento sanitário tornou-se uma experiência singular e rica no campo da luta em torno das políticas públicas e das suas implicações para o relacionamento do Estado e a sociedade, com transformações em participação social incorporando, dentre outros aspectos, a cidadania como estratégia de universalização dos direitos.

Da luta sanitária resultou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº. 8.080, de 19/09/1990, baseado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e direito à informação, organizando condições para assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços na promoção, prevenção e recuperação, estabelecendo fatores determinantes e condicionantes como educação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, transporte, lazer e outros (o princípio da integralidade do atendimento) para a promoção do bem estar físico mental e social do indivíduo.

O SUS foi criado com a finalidade de prover condições para que todos os indivíduos tenham direito à saúde, através de um modelo de descentralização, hierarquização e regionalização, com formulação e execução de políticas para a redução de riscos de doenças e agravos, transferindo responsabilidades constitucionais de gestão e definição de competências comuns e específicas para União, Estados, Distrito Federal e Municípios, formando uma rede regionalizada e

hierarquizada de atendimento à saúde do indivíduo, com previsão dos princípios e diretrizes disciplinando, de forma genérica, as atribuições na direção e gestão de cada esfera de governo. Garnelo (2012) descreve que a descentralização do SUS implicou delegar aos sistemas municipais de saúde a responsabilidade sobre o planejamento e execução das atividades necessárias à melhoria dos problemas de saúde da população que vive no território municipal.

A política de saúde implantada pelo SUS encontrou os municípios percorrendo um caminho inverso, no que refere a descentralização e universalização dos serviços públicos, uma vez que os programas de abastecimento de água e esgotos foram centralizados nas Empresas Públicas Estaduais, por força do Plano Nacional de Saneamento (PLANASA) que desde a década de 70 tinha como finalidade a melhoria das condições do saneamento, limitando-se a atuar basicamente nos sistemas de abastecimento de água e esgotamento sanitário, com recursos de empréstimos financeiros do Banco Nacional de Habitação (BNH). Salles (2008) comenta que o PLANASA foi responsável por um grande salto na cobertura de saneamento no país, mas se mostrou incapaz de universalizar o acesso aos serviços, mesmo que apenas para água potável, o que provocou certa instabilidade nos gestores municípios e suas responsabilidades enquanto autoridades sanitárias locais. Nessa época, as questões ambientais, envolvendo os impactos dos resíduos ou lixo produzidos pelas ações humanas, ainda percorriam o âmbito das discussões internacionais, nas grandes conferências sobre Meio Ambiente.

De acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS (NOAS-2001), a regionalização contempla uma lógica de planejamento integrado na compreensão de territorialidade, com identificação de prioridades de intervenções em conformidade com os sistemas de saúde, não necessariamente de abrangência municipal, porém respeitando seus limites, na garantia de acesso dos indivíduos aos níveis de atenção à saúde. A regionalização pressupõe o processo de descentralizar ações de saúde e promover pactuações entre as três instâncias interfederativas do país, ou seja, gestores federais, estaduais e municipais, baseando-se nas regiões de saúde, que de acordo com o Ministério da Saúde (2006) são recortes inseridos nos espaços geográficos contínuos, baseados na existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde, com propósito de reduzir as desigualdades sociais e territoriais em nosso país.

Nesse contexto, as trajetórias ascendentes do Movimento Sanitarista, que culminou com a criação do SUS, veio ao longo das lutas estimulando e alavancando os movimentos dos povos indígenas, dando visibilidade à sociedade não indígena, registrados na história das Conferências Nacionais de Saúde, o que de certa forma proporcionou avançar na construção de políticas públicas específicas voltadas diretamente à saúde indígena, acrescentando na Lei 8.080/90 dispositivos criando o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, com o dever e obrigatoriedade de levar em consideração a realidade local indígena, suas identidades e especificidades socioculturais, pautando-se em uma abordagem diferenciada e global, contemplando a assistência à saúde, o saneamento básico, a segurança nutricional, suas habitações, o meio ambiente, a demarcação de terras, a educação sanitária e a integração institucional. Esse assunto será abordado com mais profundidade no Capítulo 2.

1.2 FUNAI e FUNASA: índio deitado e índio em pé, quem cuida ?

Na época da criação do SUS, a FUNAI permanecia como responsável pelas ações de saúde indígena através de seus projetos específicos e de caráter estratégico que visava promover, proteger e recuperar a saúde dos índios, de acordo com as especificidades étnicas de cada comunidade indígena. Dentre essas estratégias estava o *“desenvolvimento de esforços que contribuam para o reequilíbrio da vida econômica, política e social das comunidades indígenas, redução da mortalidade geral, em especial a materna e a infantil e a restauração das condições ambientais cuja violação se relacione diretamente com o surgimento de doenças e de outros agravos à saúde”*, bem como a assistência médica integral. (FUNAI, 1991, grifos meus). É interessante frisar que nesse período, eram poucas as discussões sobre saúde relacionada as questões ambientais, no Brasil.

Em 1990, a FUNAI convidou o Ministério da Saúde (MS) para apoiá-la nos Projetos Especiais relacionados aos problemas das mortes dos índios Yanomami, causadas pelos acidentes ambientais com contaminação por mercúrio além dos danos sociais, provocados pelas invasões de garimpeiros em terras indígenas, no estado de Roraima. Foi quando o MS, através da Fundação Serviços de Saúde Pública (F-SESP) assumiu a coordenação e execução das atividades, culminando com a retirada das ações de saúde indígena da FUNAI.³, sendo implantado um novo

³ Decreto nº. 23, de 04/02/1991

modelo de organização de serviços de saúde indígena, na conformação de **Distritos Sanitários de Natureza Especial**.

A FUNASA acabou absorvendo e integrando em seu quadro de pessoal todo o corpo técnico de saúde da FUNAI, que naquela época já era insuficiente para a execução das atividades de saúde indígena dos Projetos Especiais, uma vez que não tinha pessoal qualificado e suficiente para atender às demandas de sua missão institucional. Essa integração provocou profundos conflitos entre os profissionais das duas instituições e conseqüentes fragilidades, com fragmentações de ações na saúde indígena. *Essa situação servirá para alimentar um corporativismo que impedirá uma efetiva articulação entre a política indigenista e a sanitária.* (MAGALHÃES, 2001). *Os conflitos entre funcionários dos dois órgãos em campo serão uma constante.* (MAGALHÃES, 2001; RODRIGUES e MENDONÇA, 2011).

De acordo com Garnelo (2012), no início da década de 1990, um conjunto de decretos da Presidência da República do Governo Collor de Melo, retirou da FUNAI boa parte de suas atribuições nas áreas de saúde, educação e de preservação cultural. Sobre o mesmo assunto Magalhães (2001) comenta que nesta mesma data foram publicados outros cinco decretos atribuindo a órgãos setoriais federais obrigações na política indigenista. No ano de 1991 também foram decretadas ações de proteção do meio ambiente em terras indígenas e seu entorno, baseada no Estatuto do Índio (Lei nº. 6.001, de 19/12/1973) e na Política Nacional do Meio Ambiente (PNMA), com elaboração de projetos específicos em áreas prioritárias cujo objetivo era promover ações de equilíbrio ecológico como condição necessária para sobrevivência física e cultural dos indígenas (Decreto nº. 24, de 04/02/91). Nesse período o Brasil projetava-se internacionalmente, com o advento da Primeira Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada na cidade do Rio de Janeiro. Esse evento ficou conhecido posteriormente como RIO-92 onde participaram Chefes de Estados de 176 Nações.

Em meio aos conflitos com a FUNAI, ocorreu a efetivação da FUNASA por força do Decreto nº. 100, de 16/04/1991 que incorporou as ações da F-SESP e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública-SUCAM. Dessa forma, a FUNASA passou a assumir as ações de saúde e saneamento da ex-F-SESP e ações de promoção para o combate e controle das endemias da ex-SUCAM - órgãos experientes nas áreas de saneamento básico e assistência médico-sanitária junto as populações da Amazônia e das zonas rurais em todo o país.

A FUNASA criou o Departamento de Saneamento (DESAN) que juntamente com o Departamento de Operações (DEOPE), através da Coordenação de Saúde Indígena (COSAI) no nível nacional, era responsável pela implantação de uma rede de serviços de saúde, saneamento básico e edificações em terras indígenas, o que realizou com muitas dificuldades em razão de uma insuficiente estrutura organizacional e um quadro de profissionais inexperiente no atendimento a povos indígenas, com a exceção de alguns poucos servidores da ex-SUCAM e ex-FSESP que já vinham atuando nas ações endêmicas e de saúde na Amazônia Legal, junto às populações ribeirinhas e indígenas.

Frente as dificuldades, em 1994, o Governo Federal criou a Comissão Intersetorial da Saúde (CIS) dirigida pela FUNAI para coordenar ações integradas com implementação de Programas e Projetos de proteção ambiental, saúde e apoio as atividades produtivas voltadas às comunidades indígenas, em conformidade com o disposto no Estatuto do Índio. À FUNASA coube o papel de promover o alcance do equilíbrio biopsicossocial, valorizando a complementariedade das práticas das medicinas tradicionais indígenas, garantindo ações com prestação de serviços de atenção primária à saúde dentro das aldeias, focada na redução da mortalidade geral, especialmente a materno-infantil indígena; na interrupção do ciclo de doenças transmissíveis; e no combate a desnutrição.

A FUNASA tinha o papel também de articular as ações com a rede de saúde pública e conveniada do SUS, dos entes federados municipais e estaduais, na busca de mecanismos de financiamentos para assegurar a garantia da assistência integral e diferenciada à saúde dos povos indígenas, respeitando as especificidades etnoculturais. É importante ressaltar que nesse período o SUS estava se consolidando com o processo de descentralização das ações nos Estados e Municípios, por todo o país. Também nesse período a FUNAI retoma parte das ações de saúde indígena, ficando responsável pela recuperação da saúde dos índios, enquanto a FUNASA ficou com a prevenção e promoção à saúde com ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias.

Em forma de anedota alguns profissionais diziam que a FUNAI cuidava do '*índio deitado*' e a FUNASA cuidava do '*índio em pé*'. No âmbito da saúde indígena o que se observou nestes últimos anos foi uma divisão dos serviços entre a FUNAI e a FUNASA: a primeira, com atividades eminentemente curativas e a segunda com atividades de prevenção (ATHIAS, 2001). A atuação da CIS foi marcada por diversos

conflitos e desarticulações intersetoriais e interministeriais, em todas as áreas. Em 1999, a Medida Provisória-MP nº. 1.199, de 29/07/1999 restabeleceu as atribuições da integralidade das ações de saúde indígena para a FUNASA, transferindo da FUNAI todas essas ações, cabendo à ela, FUNAI, apenas o acompanhamento e avaliação das atividades desenvolvidas pela outra, em favor das comunidades indígenas.

Um mês depois foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) através do Decreto nº. 3.159, de 27/08/1999, dispendo sobre a prestação dos serviços de saúde indígena, dando responsabilidades à FUNASA para gerir a saúde indígena na garantia do atendimento básico dentro das aldeias indígenas tendo a retaguarda do SUS através da rede de atenção de média e alta complexidade fora dessas aldeias, com atendimentos municipais e estaduais. Poucos meses após esse decreto, o Governo publicou a Lei que criou o Subsistema de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas.

Nesse período, as manifestações contra a falta de autonomia dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) começavam a ser crescentes. Os povos indígenas argumentavam que a atenção à saúde indígena é dever da União, devendo os serviços serem prestados de acordo com a Constituição Federal/1988 e Lei nº. 8.080/1990, uma vez que os recursos do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena são financiados e executados pela própria União, prevendo apenas a possibilidade de outras instituições governamentais ou não-governamentais atuarem no custeio com execução de “ações complementares”, entendidas como aquelas que não tem resolutividade na atenção básica no âmbito das aldeias indígenas, ou seja, aquelas ações que exigem maior especialidade tecnológica, consideradas de média e alta complexidade de atendimento à saúde fora das terras indígenas.

Conquanto essas manifestações e a notória instabilidade institucional, em 2002 a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foi instituída pela Portaria Ministerial nº. 254, de 31/01/2002 (Anexo A), trazendo diretrizes que, até os dias atuais, vem norteando a prestação dos serviços em terras indígenas. Dentre as diretrizes estão aquelas que envolvem o saneamento básico em terras indígenas com a promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena, para o alcance dos propósitos da PNASPI, contemplando, dentre outros aspectos, a destinação final do lixo nas comunidades mais populosas. No entanto, o lixo ou resíduos não tem sido categorizado como uma das prioridades, uma vez que pouca

atenção tem sido dada nesse aspecto, desde a criação do Subsistema, em 1999, pelos órgãos que atuaram e vem atuando com o Subsistema de saúde indígena.

1.3 SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

O Subsistema foi criado pela Lei nº. 9.836, de 23/09/1999, com a finalidade de prestar serviços de assistência integral à saúde dos povos indígenas *levando, obrigatoriamente, em consideração a sua realidade local e especificidades étnicas*, pautando-se numa abordagem diferenciada e global, contemplando a assistência à saúde, nutrição, saneamento básico, habitação, meio ambiente, educação sanitária, bem como as demarcações de terras e integração institucional. (Art.19-F). O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS foi implementado em 1999, face às históricas desigualdades e iniquidades vividas por esses povos no Brasil (LANGDON, 2007).

Segundo Confalonieri (1989) as especificidades dos cuidados com a saúde dos povos indígenas envolvem os aspectos da transculturação das práticas do sistema médico ocidental e os sistemas tradicionais de crenças, práticas de cura, acessibilidade geográfica e de comunicação, do perfil epidemiológico com seus hábitos e condições de vida singulares. O autor descreve ainda que esses aspectos põem os Gestores em Saúde numa situação de poderem se preparar para reduzir os impactos dos fenômenos nos níveis de saúde das comunidades. O modelo de atenção integral à saúde através dos DSEI e proposto na PNASPI, traz complexos desafios na gestão das ações integral e complementares do SUS, nas três esferas de Governo, exigindo mecanismos e instrumentos de consistentes articulações interministeriais integrando políticas públicas sociais de saúde, educação, meio ambiente, saneamento, desenvolvimento social, com a efetiva participação dos povos indígenas, na elaboração desses instrumentos. Os Gestores Distritais tem relevante papel nesse contexto uma vez que suas ações na política indigenista da saúde exige arranjos institucionais com definições de co-responsabilidades sanitárias com os municípios, contemplados com terras indígenas em suas jurisdições.

No sentido de 'cuidar' da saúde dos índios no país, o Subsistema foi idealizado nos moldes do SUS, ou seja, descentralizado, hierarquizado e regionalizado, com prestação de serviços pelos DSEIs, contando com a retaguarda do SUS, através da rede assistencial das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde garantindo a completa prestação dos serviços de saúde na Rede de Atenção Integral, em todos os

níveis de saúde nas instâncias local, regional e nacional, com equidade e sem discriminações, garantindo a participação das comunidades indígenas em todo o processo, segundo disposições do SUS.

Assim, os DSEI⁴ foram implantados com a finalidade de prestar atenção integral à saúde dos povos indígenas com atendimento básico nas aldeias e de média e alta complexidade articulado com as Redes de Atenção à Saúde do SUS nos estados e municípios. Desse modo, quando os atendimentos nas aldeias não têm resolutividade e exigem um maior grau de complexidade no atendimento, o usuário indígena é retirado da sua aldeia e tratado, preferencialmente, na rede de saúde do município mais próximo, que integra assim a Rede de Atenção Integral Indígena. Recentemente o conceito de Rede de Atenção à Saúde foi definida pelo Ministério da Saúde⁵ como sendo “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Mendes (2011) destaca que as redes não são somente arranjos poliárquicos entre diferentes atores autônomos, mas um sistema que busca no plano da institucionalização aprofundar e estabelecer padrões estáveis de interrelações. Mas o que se constata é que, desde a criação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, o processo de integração das ações do DSEI à rede do SUS vem ocorrendo de maneira informal e pouco articulada, devido à indefinição e falta de clareza sobre as responsabilidades institucionais das instâncias interfederativas (União, Estados e Municípios) na prestação dos serviços complementares, o que se reflete na capacidade organizativa e operativa dos DSEI, como um todo.

No decorrer desses dois últimos anos o Subsistema passou por um processo de transição institucional levando os DSEI a uma nova lógica de organização dos serviços, que vem aos poucos se configurando em Unidades Gestoras autônomas, mas sofrendo ainda com a incapacidade operativa efetiva em sua missão institucional, uma vez que os municípios onde estão instalados esses DSEI apresentam também acentuadas fragilidades técnico-operativa na prestação de serviços complementares às populações indígenas, mostrando-se frágeis também em outras políticas públicas como no saneamento básico e no meio ambiente.

⁴ Uma descrição detalhada dos DSEI é oferecida ao leitor no capítulo 3 desta dissertação.

⁵ Portaria nº. 4.279, de 30/12/2010 que dispôs sobre a regulamentação do SUS

1.4 MEIO AMBIENTE, SANEAMENTO E RESÍDUOS SÓLIDOS

Paralelo às discussões em torno da saúde e da atenção diferenciada aos povos indígenas, também durante a década de 1980, o Brasil avançou na definição de sua Política Nacional de Meio Ambiente (PNMA) através da Lei nº. 6.938, de 31/08/1981 com objetivo de preservar, melhorar e recuperar a qualidade ambiental propícia à vida, além de promover condições ao desenvolvimento socioeconômico, segurança nacional e especialmente proteção da dignidade da vida humana, tendo como um dos princípios basilares a manutenção do equilíbrio ecológico e proteção do patrimônio público natural, definindo o meio ambiente como sendo *o conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química e biológica, que permite abrigar e reger a vida em todas as suas formas*. Nessa mesma década a Constituição Federal estabeleceu que

Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, onde o Poder Público e toda sociedade tem o dever de proteger, preservar e conservar para as presentes e futuras gerações. (CF/1988, art. 225).

Nesse período o Brasil passou a se destacar como um dos maiores detentores de acervos naturais do mundo com a floresta tropical da Amazônia Legal e sua rica biodiversidade com variadas espécies de animais e vegetais, as quais nem todas ainda estão catalogadas. Em 1992 foi realizada no Rio de Janeiro a Segunda Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (CNUMAD) promovida pela ONU que ficou conhecida como ECO-92 onde foram discutidos temas sobre ideais de justiça social, conservação ambiental e economia, consagrando o tema Desenvolvimento Sustentável,⁶ atribuindo responsabilidades às Nações, pelos patrimônios naturais do planeta e os danos ambientais àqueles países desenvolvidos e em desenvolvimento.

É importante destacar que diversas ações foram propostas com intuito de conscientizar toda a sociedade mundial para um novo modo de produção sustentável e padrão de consumo equilibrado em prol da qualidade de vida humana e do meio ambiente. Dentre as propostas está o conceito dos 3Rs – Reduzir – Reutilizar – Reciclar. Também, destaque-se que o Brasil diversificou a legislação transversalizando políticas públicas convergentes, sobre o tema dos resíduos sólidos, a exemplo do Ministério da Saúde, com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária

⁶ Cf. *Trajatórias do desenvolvimento: da ilusão do crescimento ao imperativo da sustentabilidade*, 2010

(ANVISA) e posteriormente a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Ministério do Meio Ambiente, com o Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA), e mais recentemente o Ministério das Cidades com sua Política Nacional de Saneamento Básico.

Após a Conferência RIO-92, o Congresso Nacional aprovou o Projeto de Lei da Câmara Federal nº. 199/1994 dispoendo sobre a Política Nacional de Saneamento Básico-PNSB. Em meio às diversas idas e vindas às Mesas Plenárias, com aprovações e vetoções no âmbito do Congresso que durou outros quinze anos, o projeto foi transformado na Lei nº. 11.445, de 05/01/2007, que estabeleceu os princípios e diretrizes nacionais da PNSB, norteando a prestação dos serviços, com acesso integral, de abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos, realizados de formas adequadas à saúde pública e à proteção do meio ambiente, considerando as peculiaridades locais e regionais, em articulação com outras políticas para as quais o saneamento básico seja fator determinante como a promoção à saúde e outras de relevante interesse social, voltados à melhoria da qualidade de vida.

De acordo com a PNSB, o saneamento é considerado como um conjunto de serviços, infraestrutura e instalações operacionais que devem abranger ações de saneamento básico de interesse para a melhoria da salubridade ambiental das populações de baixa renda, provendo-as de banheiros e unidades hidros sanitárias e:

limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos: conjunto de atividades, infra-estruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, transbordo, tratamento e destino final do lixo doméstico e do lixo originário da varrição e limpeza de logradouros e vias públicas;

Wartchow (2009) destaca que o conceito de Saneamento Básico, que historicamente restringia-se à água e ao esgoto, evoluiu para o Saneamento Básico com viés ambiental englobando os sistemas de abastecimentos de água (SAA), sistemas de esgotamentos sanitários (SES), o manejo de resíduos sólidos e manejo de águas pluviais urbanas, os quais devem se integrar ao ordenamento e ao uso da terra para promover crescentes níveis de salubridade ambiental e melhoria das condições de vida urbana e rural. O autor destaca ainda que os sistemas de abastecimento de água e esgotamento são indissociáveis e são poderosos instrumentos de saúde pública, pois onde há pobreza e doenças o saneamento também é deficiente.

É importante destacar que o saneamento básico ao longo das décadas desenvolveu-se de forma fragmentada e pulverizada em várias instituições, sem uma política definida até 2007, quando uma nova lei criou a Política Nacional de Saneamento Básico (PNSB), passando a ser denominado Saneamento Ambiental, com ênfase no meio ambiente englobando dentre outras temáticas os resíduos sólidos. A PNSB também englobou as ações específicas envolvendo o saneamento básico em terras indígenas, em áreas quilombolas e em reservas extrativistas da União, com planos de ações propostos para 20 (vinte) anos, que devem ser avaliados anualmente e revisados a cada 4 (quatro) anos, de preferência nos período da vigência dos Planos Plurianuais (PPA).

1.5 SANEAMENTO BÁSICO EM TERRAS INDÍGENAS (1991 a 1998)

Desde 1991 as ações de saúde indígena estavam sendo compartilhadas entre a FUNASA e a FUNAI, conforme já mencionado anteriormente. As ações voltadas à prevenção e promoção da saúde indígena ficaram com a FUNASA, que em 1994 ampliou sua estrutura organizacional com serviços de saúde, permanentes nas aldeias, bem como de saneamento básico objetivando reduzir a mortalidade infantil que evidenciava altíssimas taxas de mortalidade infantil indígena, embora a FUNAI, na época, não tivesse informações precisas sobre os dados epidemiológicos. Segundo Coimbra (2000) o perfil de saúde-doença dos povos indígenas no Brasil era pouco conhecido, o que decorria da exigüidade de investigações e da precariedade dos sistemas de registro de informações de morbimortalidade.

De acordo com o Projeto VIGISUS (2009) a FUNAI que originalmente deveria coletar informações demográficas nunca possuiu infraestrutura necessária para tal empreitada e nunca chegou a implementar processos de coleta desses dados. Pesquisadores e estudiosos sobre o assunto revelaram que dentre as causas de mortes indígenas estavam aquelas de disputas interétnicas, conflitos violentos com os não-indígenas pela posse de terras e territórios, porém as causas mortíferas que mais prosperavam eram aquelas marcadas pelas doenças infecciosas como as diarréicas, tuberculose, malária, imunopreveníveis e doenças do aparelho respiratório, a tifoide, todas intensificadas pela aproximação dos não-indígenas e conseqüente precariedade nas condições sanitárias das aldeias e de atendimento à sua saúde.

Embora com insuficiências de dados epidemiológicos, a FUNASA estimou que em 1998 a mortalidade infantil indígena era em torno de 130 óbitos por 1.000 crianças

nascidas vivas (130/1.000) enquanto a FUNAI estimava em 96,8/1.000. De acordo com Garnelo (2012) em que pese o fato de inexistirem séries históricas sobre o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) para o universo de crianças indígenas no Brasil, alguns estudos realizados ao longo das últimas décadas, sinalizam para um quadro desfavorável. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define sobre a taxa de mortalidade infantil, sendo que aquela acima de 50 óbitos por 1.000 nascidos vivos são de alto risco, entre 21 a 49/1.000 óbitos é considerado risco mediano e abaixo dessa taxa, ou seja, 20/1.000 óbitos, é considerado de baixo risco.

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um indicador que estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Refletem, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil (RIPSA, 2008). É importante destacar que somente em 2000 foi criado o Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) com objetivo de coletar informações e construir indicadores para subsidiar o planejamento, organização e avaliações da prestação dos serviços de saúde e evolução da qualidade de vida nas aldeias indígenas.

Com a intenção de reverter esses cenários de mortalidade e para estruturar os serviços de saúde nas aldeias, a FUNASA instituiu a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI) dentro do Departamento de Operações (DEOPE), articulada com o Departamento de Saneamento (DESAN) e Divisões de Engenharia de Saúde Pública (DIESP) nas Coordenações Regionais da Fundação nos estados, organizando o processo de trabalho dos 34 DSEI, com implantação dos sistemas de abastecimento de água potável, melhorias sanitárias domiciliares (banheiros), esgotamento sanitário e edificações. As DIESP tinham competências regimentais para:

- I - coordenar, acompanhar, supervisionar e avaliar as atividades de Engenharia de Saúde Pública, no âmbito da Coordenação Regional;
- II - prestar apoio técnico à programas e ações de saneamento desenvolvidas por órgãos estaduais e municipais;
- III - propor estudos e pesquisas tecnológicas na área de saneamento;
- IV - analisar projetos de saneamento e edificações destinados à área de saúde;
- V - acompanhar e supervisionar obras realizadas com transferência de recursos da FUNASA;
- VI - executar as ações de saneamento e edificações em áreas indígenas;
- VII - coordenar, acompanhar e prestar suporte técnico na operação e manutenção de sistemas de saneamento em áreas indígenas; e
- VIII - elaborar projetos de estruturas e instalações relativos à obras em edificações sob responsabilidade da FUNASA, bem assim

acompanhar sua execução.” (Portaria/FUNASA 1.776/2003). (grifos meus).

Com objetivo de intensificar a prestação dos serviços foram implantadas ações de saneamento básico com construções de sistemas simplificados de abastecimento de água, melhorias sanitárias domiciliares e edificações, baseadas nos critérios epidemiológicos, socioculturais, ambientais e sanitários, além das condições de acessibilidade, considerando o tipo de serviço com deslocamento de equipamentos pesados e materiais de construções das obras, conforme pode ser observado nas Fotografias 2 e 3 que ilustram a travessia da cachoeira Porteira do rio Mapuera, no estado do Pará.



Fotografias 2 e 3 – Travessia das corredeiras da cachoeira Porteira, no rio Mapuera, com materiais do sistema de abastecimento de água. DSEI Guato PA, Fonte: Relatório da FUNASA, 2009

As longas viagens através dos rios e suas corredeiras fizeram com que muitos profissionais desistissem da árdua atividade. Também algumas empresas contratadas para execução de obras em terras indígenas desistiam de completar a obra, mesmo com sanções e penalidades por descumprimento dos contratos. O alto custo das obras e as dificuldades com o deslocamento dos equipamentos são empecilhos reais à execução das ações de saneamento básico o que implica rever possibilidades de soluções alternativas estreitando diálogos com as próprias comunidades indígenas interessadas na melhoria da qualidade de vida.

As ações de saneamento básico nas aldeias envolvem a implantação, operação e manutenção dos sistemas simplificados de abastecimento de água (captação, adução, tratamento e distribuição de água, bem como sistemas de reservatórios e de chafarizes) e melhorias sanitárias domiciliares (construção de banheiros, privadas, fossas sépticas, pias de cozinha, lavatórios, tanques, filtros,

reservatórios de água e similares)⁷, de acordo com as necessidades apresentadas localmente, a partir de critérios já mencionados. Junior e Malheiros (2005) descrevem que entre os sistemas de saneamento do meio, o saneamento básico assume papel de destaque, tendo em vista a sua capacidade de impactar na prevenção e controle de doenças de veiculação hídrica, bem como daquelas relacionadas aos resíduos sólidos.

Os sistemas simplificados de abastecimentos de água são uma das principais reivindicações e anseios das populações indígenas, pois a presença desse sistema tem representado prestígio entre os indígenas, nas aldeias, além de possibilitar sua inserção, através de contratação remunerada, na composição da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). Nas Fotografias 4 e 5 - Abastecimento de água com ligação domiciliar ilustra ações de saneamento na comunidade Capela, da etnia indígena xavante que sofria com a insuficiência de água potável.



Fotografias 4 e 5 – Sistema simplificado d’água da aldeia Capela, DSEI Xavante Fonte: FUNASA/2011

“A construção de sistemas de abastecimento de água busca resolver problemas de abastecimento das comunidades indígenas, de forma a garantir água potável (água sem contaminação) e em quantidade suficiente para o consumo da comunidade ou da aldeia.” (FUNASA, 2006). Contudo, não é tão somente a instalação dos serviços de água e esgoto suficientes para a garantia das condições de saúde de uma população, mas a inter-relação de ações como a preservação e conservação do ambiente adequadamente limpo, em que essa população encontra-se inserida. Pena e Heller (2007) descrevem que são muitas as doenças que podem proliferar em virtude da falta ou inadequação de medidas de saneamento e os fatores que contribuem para uma maior incidência ou prevalência de doenças são a não disponibilidade de água

⁷ Cf. Relatório Saneamento em Áreas Indígenas do Brasil: histórico da atuação da FUNASA e perspectivas-Abril/2009, Biblioteca da FUNASA.

em quantidade e de boa qualidade, a má disposição dos dejetos e um inadequado destino dos resíduos sólidos.

Entre os anos de 1995 a 1998, foram investidos recursos em saneamento nas aldeias de abrangência de 143 municípios, com implantação, operação e manutenção dos sistemas simplificados de abastecimento de água. Outros investimentos foram com construções de Postos de Saúde, Polos Bases e Casas de Apoio à Saúde do Índio (CASAI), levando em consideração as edificações já existentes que foram recepcionadas da FUNAI, na época da transferência das ações para a FUNASA. As Fotografias 6 e 7 - Polo Base Mata Fome/DSEI Minas Gerais-Espírito Santo e Casa de Saúde do Índio/DSEI Tapajós/PA são algumas dos estabelecimentos de saúde indígena construídos para atender as demandas das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) durante execução das ações, bem como alojamento de pacientes indígenas (na CASAI), quando estes precisam ser atendidos na rede de referência do SUS, fora de suas aldeias.



Fotografia 6 - Polo Base Mata Fome/DSEI Minas Gerais-Espírito Santo



Fotografia 7 - Casa de Saúde do Índio/DSEI Tapajós/PA

O Polo Base representa a 'porta de entrada' do atendimento à saúde indígena, onde as EMSI planejam e organizam suas atividades além de monitorar e avaliar as ações, transmitindo informações aos Distritos Sanitários. Uma descrição detalhada da estrutura dos DSEIs é objeto do Capítulo 3 desta dissertação.

Os cinco anos de investimentos na saúde indígena envolveram recursos financeiros em torno de 14 milhões de reais em abastecimento de água, melhorias sanitárias domiciliares e edificações. As ações voltadas ao abastecimento de água para consumo humano foi um dos maiores investimentos realizados durante esse período, considerando os altos índices de doenças de veiculação hídrica, já

comentado anteriormente. Conforme observado na Tabela 1 – Orçamento para Saneamento em Áreas Indígenas-FUNASA 1995/1998 os recursos financeiros foram ascendentes a cada ano, para obras de abastecimento de água:

Tabela 1 – Orçamento para Saneamento em Áreas Indígenas-FUNASA 1995/1998

Ação	1995	1996	1997	1998	Total	Percentual executado
1. Saneamento básico						
Abastecimento de água	245,70	1.058,40	3.383,20	5.455,20	10.143,20	69,32%
Melhorias sanitárias	87,90	282,50	738,10	1.618,10	2.726,60	18,63%
2. Edificações						
Edificações	514,60	325,70	99,30	824,00	1.763,60	12,05%
Total Geral	848,20	1.666,60	4.220,60	7.898,00	14.633,40	100,00%

Fonte: Relatório de Atividades de Saneamento 1995 a 1998 DESAN/FUNASA, 1999

Da análise desses cenários evidencia-se a priorização para o abastecimento de água em detrimento das demais ações (melhoria sanitária domiciliar e edificações), tendo um considerável aporte de quase 70% de recursos, com um significativo aumento no ano de 1998, seguido das melhorias sanitárias, conforme ilustra o Gráfico 1 – Recursos aplicados no saneamento em áreas indígenas 1995 a 1998. As melhorias sanitárias domiciliares (banheiros individuais e coletivos) foram o segundo maior investimento.

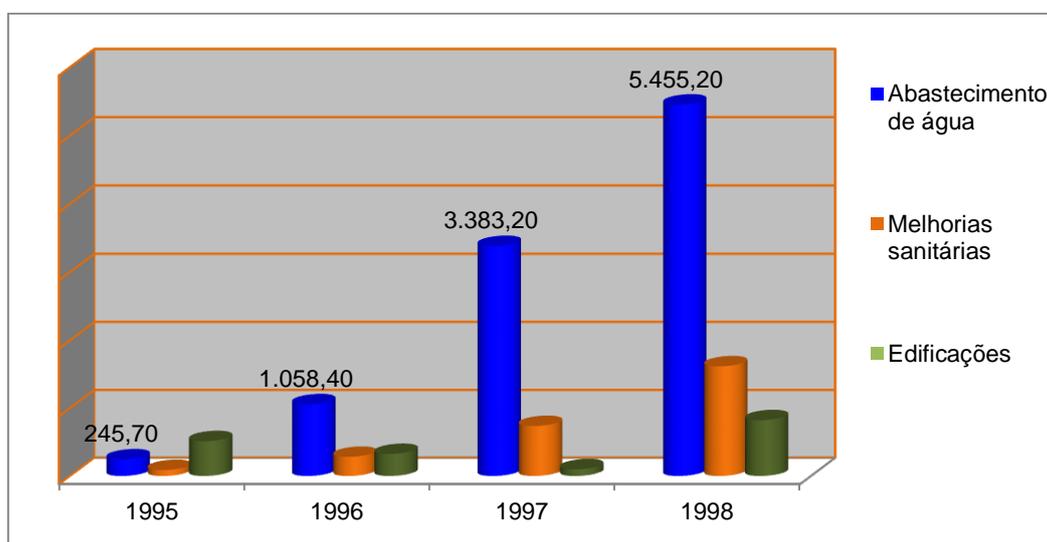


Gráfico 1 – Recursos aplicados no saneamento em áreas indígenas 1995 a 1998.

Da análise dos recursos aplicados em saneamento observa-se que nesse período inexistiu quaisquer investimentos financeiros relacionados ao esgotamento sanitário e resíduos sólidos. De acordo com a FUNASA (2009) o tratamento de esgoto de forma coletiva ainda é uma prática pouco usual devido a complexidade de

operações do sistema e a alta dispersão espacial das habitações e das aldeias, sendo adotada como alternativa as soluções individuais de disposição final dos esgotos, as quais são de baixíssimo impacto ambiental. Quanto aos resíduos sólidos pouco ou quase nada foi feito. No entanto alguns DSEI, de forma pontual e individualizada, realizavam e continuam realizando ações de manejo dos resíduos sólidos, com orientações educativas nas aldeias. Esse assunto será discutido no Capítulo 3.

Ao final da década de 90 já era possível obter alguns dados mais consistentes sobre a melhoria das condições de vida nas aldeias. Nessa época a FUNASA já sinalizava com resultados positivos para o alcance de um dos principais desafios de sua missão institucional, que era diminuir a mortalidade infantil a um patamar menos desfavorável aos povos indígenas, quando em final dessa década foi constatada uma taxa de 74,6/1.000 na mortalidade infantil indígena, ou seja, uma redução de 15% em comparação a 1998, ainda considerada alta para os padrões da OMS.

É importante ressaltar que apesar dos avanços das ações propostas durante a década de 90, o orçamento destinado à saúde e saneamento era aplicado de forma fragmentada, sem planejamento pactuado entre os parceiros de instituições governamentais e não governamentais, causando assim um descompasso na execução, acompanhamento e avaliação das ações. O saneamento, no Ministério da Saúde, contemplado no Plano Plurianual 1996-1999, estabelecia projetos e programas de longa duração para o “Saneamento Geral” não havendo distinções de programa específico as aldeias indígenas.

1.6 SAÚDE E SANEAMENTO AMBIENTAL EM TERRAS INDIGENAS

Um ano após a criação do Subsistema de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, o Governo Federal divulgou um novo PPA 2000-2003 com finalidades, objetivos, metas e ações, especificando o “Programa 150 - Etnodesenvolvimento das Sociedades Indígenas” cuja finalidade era a *integridade cultural e territorial dos povos indígenas* com objetivo de *garantir a assistência e promover o etnodesenvolvimento das comunidades indígenas*, cabendo ao Ministério da Justiça a responsabilidade pelo programa em parceria com os Ministérios da Agricultura, Educação e Saúde, envolvendo 05 indicadores e 20 ações. O Ministério da Saúde, através da FUNASA, ficou com as atribuições para executar quatro ações, dentre elas a Ação 4 - Saneamento Básico em Comunidades Indígenas.

Já no PPA 2004-2007 a ação Saneamento Básico em Comunidades Indígenas passou a compor o Programa 1287 - Saneamento Rural/Ação - Saneamento Básico em Aldeias Indígenas que tinha como objetivo *ampliar a cobertura e melhorar a qualidade dos serviços de saneamento ambiental em áreas rurais*, englobando as populações dispersas, residente em assentamentos da reforma agrária e em localidades de até 2.500 habitantes e as minorias étnico-raciais como quilombolas, população indígena e outros povos da floresta.

Um dos indicadores proposto era a “Taxa de Cobertura de Abastecimento de Água em Áreas Indígenas, continuando com a tendência apontada acima, com foco no abastecimento de água sem visão sistêmica de interrelações entre qualidade da água e seus rejeitos e resíduos sólidos. Esse programa permaneceu com as mesmas denominações até 2011 quando o novo PPA 2012-2015 fez alterações da ação e passou as atribuições do Programa 2065 - Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas, ao Ministério da Saúde, conforme descrito no Quadro 1 – Recursos destinados aos povos indígenas, a seguir:

Quadro 1 - Recursos destinados aos povos indígenas

Programa 2065:	Proteção e Promoção dos Direitos dos Povos Indígenas
Objetivo 0962:	Implementar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, observando as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.
Ação 7684:	Saneamento Básico em Aldeias Indígenas para Prevenção e Controle de Agravos
Iniciativa 0445:	Implementação de sistema de abastecimento de água, melhorias sanitárias e manejo de resíduos sólidos nas aldeias , em quantidade e qualidade adequadas, considerando critérios epidemiológicos e as especificidades culturais dos povos indígenas. (grifos meus)

Fonte: PPA 2012-2015

Com a gestão do Subsistema de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas na Secretaria Especial De Saúde Indígena (SESAI), dentro da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, o programa passou a ser gerenciado diretamente por este Ministério, onde foram definidas propostas de ampliação das ações do saneamento ambiental incluindo de forma mais efetiva as questões relacionadas aos resíduos sólidos, considerando as exigências legais trazidas pela Lei nº. 12.305/2010 que criou a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS). Isso obrigou a SESAÍ, por intermédio da sua área de saneamento ambiental, a promover um rápido levantamento para diagnosticar a situação dos resíduos e a partir daí elaborar proposta preliminar de

manejo dos resíduos sólidos em terras indígenas. Esse assunto será abordado no Capítulo 2 sobre Resíduos Sólidos.

Ao longo dos 20 anos de ações de saneamento básico em terras indígenas observa-se que não houve ações integradas e institucionalizadas para questões dos resíduos sólidos em terras indígenas. O que se viu foi o saneamento com ações voltadas ao abastecimento de água e melhorias sanitárias, se perpetuando até os dias atuais, conforme pode ser constatado nas propostas dos PDSI 2008/2010 e PDSI 2011 que não contemplaram os resíduos sólidos (Anexos B e C). Atualmente com a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS) trazendo exigências para a elaboração de planos de gerenciamento por parte dos geradores de resíduos, forçou a SESAI através da área de saneamento ambiental no nível nacional, a buscar de forma reativa, a implantação de ações de resíduos sólidos em terras indígenas, embora a PNASPI desde sua concepção em 2002 já contemplasse a diretriz “4.8 – Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena”.

Dando sequencia ao estudo, o capítulo a seguir faz uma contextualização sobre a gestão de resíduos sólidos dos serviços de saúde, conceitos e suas diretrizes políticas, abordando o Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos, dos Serviços de Saúde e seu manejo em terras indígenas, bem como uma análise do primeiro diagnóstico dos resíduos sólidos em terras indígenas, realizados pela SESAI.

CAPÍTULO 2

GESTÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DOS SERVIÇOS SAÚDE: conceitos e diretrizes políticas

Os resíduos sólidos estão inseridos nas propostas da Política Nacional de Meio Ambiente (PNMA), de proteção e melhoria da qualidade ambiental, em cuja complexidade e preocupação encontram-se as demandas socioeconômicas da sociedade consumidora de bens e serviços e a ideia de se preservar recursos naturais, através de processos de tecnologias limpas e economicamente viáveis, evitando afetações ou danos à natureza. Na mesma perspectiva da qualidade ambiental, a PNASPI estabelece diretrizes de proteção ambiental através da promoção de condições ambientalmente equilibradas e saudáveis para garantir a proteção à saúde dos povos indígenas. Esse assunto será abordado mais adiante, neste estudo.

Em 2010 foi criada a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS) integrada à PNMA e articulada com a Política Nacional de Saneamento Básico (PNSB) e Política Nacional de Educação Ambiental (PNEA). Foram mais de 20 anos de debate no Congresso Nacional. A aprovação da PNRS representa um amplo consenso envolvendo todos os atores que fazem parte dos mais diversos ciclos da produção de resíduos sólidos no Brasil (MMA, 2011). A PNRS dispõe sobre os princípios, objetivos, instrumentos, diretrizes, responsabilidades do poder público e privado, pessoas físicas e jurídicas, direta ou indiretamente, pela geração dos resíduos sólidos, bem como à gestão integrada e seu gerenciamento, incluindo os resíduos perigosos, à exceção dos resíduos radioativos que devem receber tratamento diferenciado, em legislação específica.

Dispõe também sobre a eliminação do conhecido lixão e construção de aterros sanitários ambientalmente adequados, proibindo a manipulação do lixão por pessoas não autorizadas, além de trazer normas legais de responsabilidade compartilhada entre órgãos públicos, empresas, sociedade, onde todos devem acondicionar adequadamente a produção do seu lixo para a coleta pelos municipais, propõe ainda a criação de cooperativas de catadores de lixo. Segundo MMA (2010) o Brasil perde cerca de R\$ 8 bilhões por ano quando deixa de reciclar os resíduos, os quais poderiam ter outro destino, mas que são encaminhados aos lixões ou aterros das cidades.

Magalhães (2009) descreve que embora os recursos investidos pela União não tenham sido muito significativos na área de resíduos sólidos, boa parte dos aterros construídos e implantados com recursos federais foram rapidamente transformados em lixões especialmente nas regiões consideradas mais pobres do país. Descreve ainda que os municípios em vez de ganhar um aterro acabam ganhando mais lixões agravando mais ainda os impactos negativos ambientais, de saúde pública e sociais. A falta de um técnico para este gerenciamento pode fazer com que o aterro, construído com muito sacrifício, se torne um lixão em menos de seis meses (MMA, 2010).

De acordo com Calderoni (2009) a reciclagem do lixo, enquanto objeto de políticas públicas, não vem sendo contemplada por nenhuma das esferas do poder e que a causa pode estar na falta de informações técnicas, nas pressões de outras questões que pesam sobre a agenda política, nas dificuldades de aparelhamento administrativo e, sobretudo, na ausência de pressão por parte dos segmentos interessados na manutenção do *status quo*. Por sua vez, Zanetti (2003) comenta que não basta fazer uma gestão integrada apenas do resultado ou do tratamento dos resíduos, mas é necessário o desenvolver ações que proporcionem uma integração desde a produção até a disposição final dos resíduos, cujo eixo principal e integrador seja a educação, sendo esta um instrumento de transformação como uma fonte de luz no sistema de gestão de resíduos, capaz de proporcionar meios para mudança de paradigma para a sustentabilidade.

A PNRS dispõe sobre princípios importantes como o da prevenção e precaução; o poluidor-pagador e o protetor-recebedor; o desenvolvimento sustentável e a ecoeficiência; a cooperação entre o poder público e a sociedade; a responsabilidade compartilhada e o reconhecimento dos resíduos sólidos reutilizáveis e recicláveis como um bem econômico e de valor social. Nos objetivos propostos estão a gestão integrada e o gerenciamento com seus Planos de Gestão e Gerenciamento dos Resíduos Sólidos observando as ordens de prioridades exigidas na PNRS, assim dispostas: – Não Geração – Redução – Reutilização – Reciclagem – Tratamento – Destinação Final ambientalmente adequada aos rejeitos. O conceito de resíduo sólido e rejeitos, estabelecido na PNRS estão descritos como:

XV - rejeitos: resíduos sólidos que, depois de esgotadas todas as possibilidades de tratamento e recuperação por processos tecnológicos disponíveis e economicamente viáveis, não apresentem outra possibilidade que não a disposição final ambientalmente adequada;

XVI - resíduos sólidos: material, substância, objeto ou bem descartado resultante de atividades humanas em sociedade, a cuja

destinação final se procede, se propõe proceder ou se está obrigado a proceder, nos estados sólido ou semissólido, bem como gases contidos em recipientes e líquidos cujas particularidades tornem inviável o seu lançamento na rede pública de esgotos ou em corpos d'água, ou exijam para isso soluções técnicas ou economicamente inviáveis em face da melhor tecnologia disponível; (Lei nº. 12.305/10).

A gestão integrada de resíduos sólidos, instrumento de articulação entre as diversas esferas do poder público e privado com vistas às cooperações técnico-financeiras e capacitação técnica continuada, tem importância capital à implementação dessa política uma que busca encontrar soluções para os resíduos sólidos, considerando as dimensões políticas, econômicas, ambientais, culturais e sociais, com a participação do Controle Social, cuja premissa é o desenvolvimento sustentável. Quanto ao gerenciamento dos resíduos sólidos são:

conjunto de ações exercidas, direta ou indiretamente, nas etapas de coleta, transporte, transbordo, tratamento e destinação final ambientalmente adequada dos resíduos sólidos e disposição final ambientalmente adequada dos rejeitos, de acordo com plano municipal de gestão integrada de resíduos sólidos ou com plano de gerenciamento de resíduos sólidos, exigidos na forma desta Lei; (Lei nº. 12.305/2010).

Quanto a definição de destinação final ambientalmente adequada, esta inclui a reutilização, reciclagem, compostagem⁸, recuperação e aproveitamento energético. A disposição final, definida pela PNRS, é a distribuição ordenada dos rejeitos em aterros, observando os normativos operacionais específicos com objetivo de evitar danos ou riscos à saúde pública e a segurança, minimizando impactos ambientais adversos. Essa distribuição inicia-se pela coleta, que pode ser seletiva ou realizada de forma simples no transporte dos resíduos até os locais do tratamento (compostagem, separação, incineração, etc.) até a disposição final.

2.1 PLANO DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS

Ao MMA foi atribuída, através da União, coordenar a elaboração do Plano Nacional de Resíduos Sólidos, com vigência de 20 (vinte) anos, sendo atualizado a cada 04 (quatro) anos. Aos estados, a elaboração dos seus Planos Estaduais com prazo indeterminado, num horizonte de atuação de 20 (vinte) anos e atualizados/revistos a cada 04 (quatro) anos. Aos municípios e Distrito Federal ficou a incumbência de elaborar seus Planos de Gestão Integrada dos Resíduos Sólidos

⁸ COMPOSTAGEM – processo de decomposição biológica de fração orgânica biodegradável de resíduos sólidos, efetuado por uma população diversificada de organismos em condições controladas de aerobiose e demais parâmetros, desenvolvido em duas etapas distintas: uma de degradação ativa e outra de maturação. (RDC 306/2004).

(PGIRS) gerados em seus respectivos territórios, sem prejuízos das fiscalizações por parte dos órgãos federais e estaduais do SISNAMA, SNVS e SUASA.

O MMA (2012) descreve que informações sobre a economia, demografia, emprego e renda, educação, saúde, características territoriais e outros, auxiliam na compreensão das peculiaridades locais e regionais do tipo e quantidade de resíduos gerados. Descreve ainda que o acervo de informações sobre as condições do saneamento básico e gestão dos resíduos sólidos é muito importante para se construir um diagnóstico amplo, o que permite compreender os níveis de desenvolvimento social e ambiental da cidade, e as implicações na área da saúde. As informações mínimas que devem ser contempladas nos Planos de Resíduos Sólidos são:

- a caracterização do empreendimento ou atividade;
- o diagnóstico dos resíduos gerados ou administrados (com sua origem, volume, caracterização do resíduo, incluindo o passivo ambiental e a eles relacionados);
- definição de procedimentos operacionais relativos às etapas do gerenciamento sob sua responsabilidade;
- ações preventivas e corretivas a serem executadas em situações de gerenciamento incorreto ou acidentes;
- identificação das soluções consorciadas ou compartilhadas com outros geradores;
- metas e procedimentos para minimizar a geração de resíduos sólidos, observadas as normas estabelecidas pelos órgãos do SISNAMA, SNVS e SUASA, quanto a reutilização e reciclagem dos resíduos;

Caso o município não tenha elaborado o Plano, o gerador não fica desobrigado de apresentar o seu próprio Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos (PGRS), devendo implementar, operacionalizar, monitorar e controlar a disposição final ambientalmente adequada dos rejeitos, com seus técnicos devidamente habilitados para tais atividades e ainda colocar o PGRS à disposição dos órgãos municipais, órgãos licenciadores e outras autoridades para futuras fiscalizações. Segundo Zanta (2009) a gestão de resíduos sólidos exige a existência de arranjos institucionais envolvendo vários agentes o que torna a sua concepção e operacionalização bastante complexa, exigindo elevado nível de articulação e cooperação para que sejam eficazes.

Segundo o Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM), no livro “Gestão Integrada de Resíduos Sólidos na Amazônia: a metodologia e os resultados de sua aplicação –, elaborar e implantar o Plano é uma seqüência de acontecimentos

que se sucedem dia após dia, com entendimentos e discordâncias tornando mais iluminadas as soluções e envolvem aqueles que participam dele. Ainda no livro é descrito que os diversos setores vão se conhecendo, se aproximando nas concordâncias e abrandando nas discordâncias e que esse processo não é fácil, mas torna-se substancial, forte e consistente à administração da cidade, fortalecendo os elos entre todos os cidadãos, estando no poder e os que são da sociedade civil.

Apesar das discussões e institucionalização da PNRS ter levado quase vinte anos para sua aprovação, foi exigido um prazo de 04 (quatro) anos para os entes federados, privados e sociedade se adaptarem as novas medidas. A inadequação dos quadros institucionais de técnicos, de alguns municípios de pequeno e médio porte, em nosso país ainda são incompatíveis com algumas exigências da PNRS, a exemplo da eliminação do lixão. O curto espaço de tempo, ou seja, 04 (quatro) anos para que sejam assimilados os imperativos da PNRS pode tornar-se empecilho na implantação em tempo previsto, dos Planos de Gestão e Gerenciamento dos Resíduos Sólidos. No prazo estabelecido pela PNRS, ou seja, agosto de 2012, somente 10% dos municípios entregaram seus planos.

As políticas públicas atingem municípios com baixa capacidade técnica operativa para aplicabilidade dessas políticas, mas em função dos beneficiados com incentivos de recursos públicos, muitos desses municípios elaboram seus 'Planos' sem se preocupar com o atingimento da finalidade que é a qualidade de vida dos seus munícipes, transformando os Planos em instrumentos vulgarmente conhecidos como "cartoriais", condicionantes para recebimento de repasse de recursos dos acordos de convênios com a União, em detrimento do interesse das comunidades locais, que por sua vez não se interessam em acompanhar, através dos seus movimentos sociais, os programas e projetos públicos destinados às execuções das ações socioambientais e econômicas dos seus municípios.

Segundo Barros (2004) no contexto da democracia em relação à proteção ambiental, só têm voz os cidadãos que se organizam e participam por meio não somente de partidos e sindicatos, mas também de associações comunitárias, estudantis, profissionais, pacifistas, ambientalistas, enfim, dos grupos diversos de articulações de interesses, ou seja, grupos de indivíduos que estão unidos a partir de determinados interesses comuns. Um diálogo com a Secretária Municipal de Meio Ambiente do município de Lábrea demonstra o desinteresse da sociedade local, após

encontro em Audiência Pública para aprovação do Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos (PMGIRS), de Lábrea/AM.

O município elaborou seu Plano Municipal de Resíduos Sólidos e convidou toda a sociedade Labreense à participar de uma Audiência Pública para discussão e aprovação com previsão, à ser implantado no início de 2013. Na audiência estavam vários estudantes do ensino secundário, professores, técnicos das Secretarias de Saúde e Meio Ambiente do município, representantes de órgãos públicos federais como Ministério da Saúde (DSEI Médio Rio Purus), Ministério da Justiça (FUNAI), Ministério da Educação (Instituto Federal do Amazonas (IFAM) e representantes de órgãos estaduais, bem como poucas pessoas da sociedade local, embora tenham sido convidados vários segmentos como as empresas privadas, lojas, armazéns, donas de casas, segmentos religiosos (igrejas Católicas, Batistas, Protestantes, Evangélicas, etc), além de pequenos industriais. A proposta ficou aberta à críticas e sugestões por um prazo de 120 (cento e vinte) dias.

Após o evento, a Secretária de Meio Ambiente disponibilizou cópia do Plano de Resíduos Sólidos do município ao DSEI Médio Rio Purus e comentou que o município ainda não recolhia o 'lixo de forma separada' e que as pessoas ainda não se atentaram para a importância do assunto. Comentou que a população de Lábrea *ainda não tem o hábito de separar seus 'lixos' em casa e joga tudo junto num mesmo saco que vai para a lixeira instaladas nas vias públicas* de Lábrea (sic). Comentou ainda que pretende sensibilizar os novos Secretários Municipais à partir de 2013, à iniciar campanhas educativas sobre meio ambiente e sobre o manejo dos resíduos sólidos com a sociedade local, a partir das escolas públicas e privadas sensibilizando-os para coleta seletiva em suas residências. A recente PNRS trouxe conceitos e definições do que é o 'resíduo' e 'rejeito', coleta seletiva, disposição final, destinação final, ainda precisando de tempo para ser incorporada a linguagem do cotidiano das populações que continuam chamando de 'lixo' tudo aquilo que não mais lhe interessa.

As lixeiras públicas utilizadas pelos moradores de Lábrea estão distribuídas em vários locais do município sem uma adequada identificação dos resíduos a serem dispostos. Todos são colocados em um único recipiente na via pública, sendo a coleta realizada por veículos que recolhem esses resíduos. No entanto foi observado que há também recolhimento de resíduos das podas de árvores, carcaças de animais mortos, resíduos alimentares dos supermercados e mercados, etc) por outros veículos em horários diferenciados, onde todos (industriais, de saúde, os domésticos, etc.) são

despejados aleatoriamente no 'lixão', distante cerca de 3Km do município, espalhados em vários cantos expostos à céu aberto e sem quaisquer forma de armazenagem ou cuidado com o meio ambiente, os quais foram mencionados e ilustrados com fotografias no Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos, desse do município.

Próximo ao lixão está o único e minúsculo Aeroporto de Lábrea que, aos domingos e terças-feiras, recebe na sua pista de pouso pequenas aeronaves de passageiros e de cargas, sendo recepcionadas por vários urubus que sobrevoam o espaço aéreo. O lixão também está se aproximando a cada dia do espaço físico onde está instalada a Casa de Apoio à Saúde do Índio-CASAI, que é um estabelecimento sanitário, destinado a recuperação de pacientes indígenas antes do retorno às suas aldeias. A aproximação do lixão transformou-se em uma negativa e incomoda vizinha que vem causando transtornos às atividades daquele estabelecimento de saúde, uma vez que o poço artesiano para atender com água de boa qualidade foi interditado pelas precárias condições de insalubridade de utilização da água para consumo humano.

Segundo MMA (2003) no setor de resíduos sólidos a necessidade de revisar conceitos cresce, uma vez que as Administrações Públicas não dão muita importância à questão do lixo e não atentam para a estreita relação que existe entre o manejo inadequado dos resíduos e a conseqüente degradação ambiental, com difícil inserção desta questão nas prioridades da Administração, mas podendo-se dizer que existe início de tomada de consciência para a questão dos resíduos. Esse início de tomada de consciência está chegando um tanto quanto demorada e de forma reativada pelas exigências trazidas na PNRS de se instituir manejos dos resíduos de todas as naturezas (domésticos, urbanos, de saúde, industriais, etc.) com prazos de implantação dos Planos de Gestão e Gerenciamentos, com penalidades e sanções aos geradores dos resíduos públicos e privados que não implantarem seus planos de gestão e gerenciamento dos resíduos sólidos.

O Pacto pela Saúde (2006) estabelece as responsabilidades sanitárias dos gestores municipais, estaduais e federais, os quais são responsáveis solidários pela atenção integral à saúde da população de seu território, onde todos devem buscar reduzir os riscos, as mortalidades e as doenças evitáveis, dos seus municípios. Nesse contexto, pressupõe-se um maior rigor dos órgãos de vigilância sanitária na detecção dos fatores determinantes e condicionantes dos agravos e doenças a população

humana e meio ambiente, adotando estratégias de proteção, com monitoramento e controle de riscos ambientais, praticados não somente pelos gestores públicos mas também pelos geradores de impactos a saúde e ambiente.

2.2 RESÍDUOS SÓLIDOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (RSSS)

Os resíduos sólidos são classificados em Resíduos Sólidos Urbanos e Resíduos Sólidos de Fontes Especiais com seus componentes quanto a sua natureza física (seco ou molhado), composição química (orgânico e inorgânico), riscos potenciais (perigoso e não perigoso) e por sua origem. Neste estudo foi selecionado os Resíduos Sólidos de Fontes Especiais, especificamente a produção de resíduos dos serviços de saúde com foco no manejo desde a sua origem até a destinação final, observando os aspectos dos riscos potenciais à saúde e meio ambiente, uma vez que as diretrizes da PNASPI propõe a implementação dos serviços de atenção básica, baseado na diretiva de se promover condições ambientalmente saudáveis com garantia à sustentabilidade e proteção à saúde e ambiente em terras indígenas.

A Resolução nº. 358, de 29/04/2005, do Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA) e a Resolução RDC Nº. 306, de 07/12/2004 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criaram dispositivos sobre os resíduos sólidos da saúde, do ponto de vista dos licenciamentos ambientais, pelo CONAMA, cuja finalidade é a busca pelo cuidado com a disposição dos resíduos no meio ambiente para a proteção e preservação dos recursos naturais, estabelecendo competências aos órgãos ambientais dos estados e municípios à dispor critérios de licenciamento ambiental na destinação final desses resíduos. A ANVISA, por sua vez, trata das questões sobre regulação, controle e inspeção dos serviços de saúde. Juntos (CONAMA e ANVISA) atuam integrados no gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde, dispoendo sobre as responsabilidades dos diversos geradores desses resíduos. São aplicados à essas resoluções os serviços relacionados com:

- atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo;
- laboratórios analíticos de produtos para saúde;
- necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somato-conservação);
- serviços de medicina legal;
- drogarias e farmácias inclusive as de manipulação;
- estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde;

- centros de controle de zoonoses;
- distribuidores de produtos farmacêuticos;
- importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico *in vitro*;
- unidades móveis de atendimento à saúde;
- serviços de acupuntura;
- serviços de tatuagem, entre outros similares.

Os resíduos de fontes especiais foram categorizados como aqueles produzidos por indústrias, resíduos de construção civil, radioativos, de portos, aeroportos e terminais rodoferroviários, agrícolas, de serviços de saúde e foram classificados quanto aos riscos potenciais por suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, patogenicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade e mutagenicidade apresentando significativo risco à saúde pública e ao meio ambiente. A ANVISA (2006) definiu esses riscos como sendo a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos à saúde, relacionados com exposição humana aos agentes físicos, químicos e biológicos, onde o indivíduo fica exposto a um determinado agente e apresenta doença, agravo ou morte, num período de tempo determinado ou idade e ao ambiente definiu como:

(...) probabilidade da ocorrência de efeitos adversos ao meio ambiente, decorrentes da ação de agentes físicos, químicos ou biológicos, causadores de condições ambientais potencialmente perigosas que favorecem a persistência, disseminação e modificação dessas agentes no ambiente. (ANVISA, 2006).

De acordo com a ANVISA (2006) os componentes de riscos potenciais à saúde e ambiente são produzidos em unidades industriais e fontes específicas, presentes em metais pesados associados à poluição e toxidade ambiental (pilhas, baterias, lâmpadas fluorescentes, resíduos de tinta, embalagens agrotóxicas, etc) e aqueles biológicos infectantes pertencentes a microbiota normal humana. De acordo com a PNRS os geradores de resíduos que presumidamente veiculam agentes etiológicos de doenças transmissíveis ou de pragas, dos resíduos de serviços de portos, aeroportos e passagens de fronteira, bem como de materiais apreendido proveniente do exterior, devem observar exigências dos normativos dispostos pelo SISNAMA, SNVS e SUASA, relativamente à suas respectivas áreas de atuação. Ainda de acordo com a PNRS, esses tipos de resíduos são de responsabilidade dos geradores ou operadores os quais são obrigados à comprovar sua capacidade técnica e econômica para

execução das atividades, devendo estar inscrito no Cadastro Nacional de Operadores de Resíduos Perigosos.

Os problemas ambientais envolvendo a produção de resíduos e rejeitos pelo ser humano são cada vez mais crescentes. A produção dos resíduos de saúde, diferente dos resíduos comuns, precisam de cuidados especiais no seu manejo (segregação, acondicionamento, armazenagem, coleta e transporte, tratamento e destinação final), uma vez que envolve agentes e substâncias químicas, biológicas e microorganismos potenciais causadores de riscos danosos aos seres vivos, como a contaminação no solo, das águas superficiais e subterrâneas, por acidentes com lesões e contaminação através dos materiais perfuro-cortantes ou mesmo riscos à qualidade do ar pela emissão dos poluentes, quando são incinerados sem técnicas de controle.

Os riscos no manejo dos resíduos dos serviços de saúde estão principalmente vinculados aos acidentes que ocorrem devido às falhas no acondicionamento e segregação dos materiais perfuro-cortantes sem utilização de proteção mecânica. (ANVISA, 2006). Para realizar o manejo de forma adequada e segura, as Resoluções 306/2004 da ANVISA e 358/2005 do CONAMA identificaram os resíduos de saúde em 05 Grupos considerando as suas características de riscos biológicos e ambientais, conforme apresentado no Quadro 2 - Classificação dos resíduos dos serviços de Saúde (RSS), a seguir:

Quadro 2 - Classificação dos resíduos dos serviços de Saúde (RSS)

GRUPO	DESCRIÇÃO
<p data-bbox="284 1480 416 1512">GRUPO A</p> 	<p data-bbox="475 1417 1342 1720">Componentes com possíveis presenças de agentes biológicos que, em função das suas características de maior virulência ou concentração, Podem apresentar riscos de infecções (ex: lâminas de laboratórios usadas, descarte de vacinas, resíduos com sangue e hemoderivados, etc.) Esse Grupo foi subdividido em A1 (descarte de vacinas de microorganismos, bolsas transfusionais, resíduos laboratoriais); A2 (resíduos provenientes de animais utilizados em laboratórios); A3 (peças anatômicas de ser humano); A4 (filtros de ar e gases aspirados de área contaminada, resíduos de tecido adiposo); e A5 (Materiais perfuro-cortantes provenientes de seres contaminados com príons).</p>
<p data-bbox="284 1749 416 1780">GRUPO B</p> 	<p data-bbox="475 1776 1342 1899">Substâncias químicas podendo apresentar riscos à saúde pública e meio ambiente, dependendo das características de: inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade (ex: medicamentos apreendidos, reagentes de laboratórios, resíduos contendo metais pesados e outros)</p>
<p data-bbox="284 1973 416 2004">GRUPO C</p>	<p data-bbox="475 1962 1342 2016">Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidade superiores aos limites de eliminação</p>

GRUPO	DESCRIÇÃO
	<p>especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear-CNEN (ex: serviços de medicina nuclear e radioterapia)</p>
<p>GRUPO D</p> 	<p>Não apresentam riscos biológicos, químicos ou radiológicos à saúde e meio ambiente, equiparados aos resíduos domiciliares (sobras de alimentos e de seu preparo, resíduos das áreas administrativas, etc.)</p>
<p>GRUPO E</p> 	<p>Materiais perfuro-cortantes ou escarificantes (lâminas de barbear, agulhas, ampolas de vidros, escalpes, lâminas de bisturi, lancetas, espátulas, utensílios de vidros quebrados no laboratório e outros similares.</p>

Fontes: RDC Nº. 306/2004 e CONAMA Nº 358/2005, ABNT NBR-7500

Os riscos biológicos são aqueles com maior possibilidade de contaminação e devem ser manejados de acordo com critérios técnicos operacionais, com prévia descontaminação antes de ser transportado para o seu destino final, segundo regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviço de saúde, constante da RDC ANVISA Nº. 306/04 os resíduos do Grupo A e E apresentam riscos potenciais de contaminação e devem ser tratados de forma específica de descontaminação, de acordo com os agentes químicos, biológicos ou radioativos. Esses grupos de resíduos não tem autorização para serem reciclados, reutilizados ou reaproveitado, inclusive em alimentação de animais, segundo o CONAMA (2005).

Neste estudo foram selecionados os resíduos de saúde dos Grupos “A” e Grupo “E” por serem estes os produzidos pelas EMSI no DSEI estudado, os quais estão classificados como riscos potenciais aos seres vivos no ambiente. Os resíduos dos Grupos A e E estão presentes nas atividades das EMSI nos atendimentos a atenção à saúde dos indígenas nas aldeias nas ações de prevenções contra doenças infectocontagiosas com graus de patogenicidade como a tuberculose, malária, hanseníase, hepatites virais e DST/Aids. O manejo dos resíduos desses Grupos, especialmente os perfuro-cortantes, devem ser acondicionados imediatamente de forma separada e em seu local de geração, em recipiente com tampa hermética, resistente à punctura, ruptura, vazamento e deve conter sua identificação através de respectiva simbologia. De acordo com a RDC 306/2004 da ANVISA, esse recipiente não deve ultrapassar 2/3 de sua capacidade de armazenagem e não deve ser

esvaziado ou reutilizado, tendo em vista seu grau de risco de contaminação por acidentes.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 10.004, classificou os resíduos dos serviços de saúde no Código “D004: *qualifica o resíduo como patogênico - Resíduo Classe I – Perigoso*”, em função das suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade ou patogenicidade. A patogenicidade sendo definida como aquele resíduo que contiver ou se for suspeito de conter microorganismos patogênicos, proteínas virais, plasmódios, toxinas, cloroplastos ou toxinas com capacidade de produção de doenças nos seres vivos (animais e vegetais). Dentre os resíduos identificados nessa classificação estão aqueles da classe de Risco 4 e o nível de inativação, conceituado na Resolução 358/2005 do CONAMA:

I - agente de classe de risco 4 (elevado risco individual e elevado risco para a comunidade): patógeno que representa grande ameaça para o ser humano e para os animais, representando grande risco a quem o manipula e tendo grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro, não existindo medidas preventivas e de tratamento para esses agentes;

(...)

VIII - nível III de inativação microbiana: inativação de bactérias vegetativas, fungos, vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e microbactérias com redução igual ou maior que 6Log10, e inativação de esporos do bacilo *stearothermophilus* ou de esporos do bacilo *subtilis* com redução igual ou maior que 4Log10; (Resolução CONAMA Nº. 358/05, art.2º.).

De acordo com o MMA (2011), os geradores dos estabelecimentos de saúde pesquisaram e observaram que a produção dos resíduos dos Grupos A, B, C e E são em torno de 25% do total dos resíduos e os do Grupo D, passíveis de reciclagem, como por exemplo as embalagens, são em torno de 75% do volume produzido. Embora esses resultados, ele ainda é visto como tabu, ou seja, “todo lixo hospitalar é perigoso” no imaginário popular, que acredita ser um contaminador do ambiente e transmissor de doenças infectocontagiosas levando o indivíduo à óbito, causando medo quando em contato acidental com esses resíduos. Na verdade, o que torna perigoso é a negligência e imperícia dos geradores quando não realizam adequadamente o manejo desses resíduos, agravando a situação com a incapacidade técnico operativa de alguns municípios em realizar sua parte de responsabilidade gestão e gerenciamento adequado com a destinação final.

Não obstante as fragilidades dos geradores de resíduos e gestores dos municípios, o meio ambiente é responsabilidade de todos os indivíduos, expressado na Constituição Federal/1988, em seu Art. 225 *“Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para às presentes e futuras gerações”*. A responsabilidade compartilhada é ponto fundamental para a boa implementação de um plano integrado e de gerenciamento de resíduos sólidos, pois o envolvimento de todos no cuidado, tendo a União, estados Distrito Federal e municípios proteger e combater a poluição em todas as suas formas, tendo a colaboração do Sistema Único de Saúde na proteção ao meio ambiente e ao trabalho.

2.3 MANEJO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (RSSS)

O manejo ou gerenciamento dos resíduos sólidos envolve desde o prévio acondicionamento na sua origem, pelo gerador, quer seja doméstico ou público, até a destinação final através da coleta pública pelo município. De acordo com o MMA (2012) as informações sobre a coleta e o transporte dos diversos tipos de resíduos são importantes tanto para confirmar a quantidade gerada como para o reconhecimento dos fluxos origem – destino, permitindo identificar os agentes com os quais deve ser estabelecido um esforço para o adequado gerenciamento dos resíduos. No caso dos resíduos de saúde, os geradores são obrigados a elaborar o Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS), contemplando o processo de segregação na origem, acondicionamento; coleta e transporte interno, armazenamento temporário, armazenamento externo, transporte, tratamento e destinação final, sendo esses procedimentos operacionais regidos pela RDC 306/2004 e CONAMA 385/2005, devido aos níveis de riscos envolventes, devendo ser realizada, observando as características dos resíduos (líquidos, sólidos, químicos, biológicos, radiológicos) e a compatibilidade entre si a fim de evitar acidentes ao ambiente e a saúde dos seres vivos. As etapas desse processo são definidas como:

Segregação

Consiste na separação na sua origem, dos resíduos infectantes dos resíduos comuns, por pessoal capacitado e qualificado para esse serviço, uma vez que se forem colocados juntos estes resíduos serão considerados perigosos. Na segregação são observadas as características físicas, químicas, biológicas e os riscos envolventes.

Acondicionamento

Consiste no ato de embalar os resíduos segregados em sacos ou recipientes, evitando que haja vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura, devendo a capacidade dos sacos ou recipientes ser compatíveis com a geração diária de cada tipo de resíduo, dessa forma facilitando a coleta, armazenamento e transporte. Os sacos ou recipientes devem ser apropriados para cada tipo de resíduo de acordo com o volume, tamanho, peso, forma, etc, de material resistente à ruptura e vazamento, impermeabilizável, não sendo reaproveitado ou reutilizado.

Identificação

Consiste nas informações sobre o tipo de resíduo no conteúdo dos sacos ou recipientes, identificando seu grau de riscos, devendo ser feito em todas as etapas de coleta e transporte e armazenamento, de forma clara, de fácil visualização e com material impermeável, contendo os símbolos dos grupos dos respectivos resíduos (A, B, C, D, e) já mencionado acima.

Transporte interno

É o traslado dos resíduos de saúde do seu ponto de origem até o local de armazenagem temporária ou externa, devendo ser observado o itinerário a ser percorrido até a coleta e armazenagem externa do ambiente.

Armazenamento temporário

Consiste no confinamento temporário dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de origem, para agilizar a coleta dentro interna no deslocamento entre os pontos de origem e o destino de disposição dos resíduos para coleta externa. De acordo com a ANVISA (2006) essa etapa pode ser dispensada dependendo da distância entre os pontos.

Armazenamento externo

Consiste na guarda em abrigo dos resíduos de saúde já condicionados em coletores adequados até o momento da coleta externa, com acesso restrito para evitar trânsito de pessoas estranhas ao serviço e com acessibilidade aos transportes coletores.

Tratamento

Consiste na utilização de métodos tecnológicos ou processos que alterem minimizando ou eliminando os riscos de contaminação, de acidentes ou agravos ao meio ambiente. Dentre as formas de tratamento utilizado para desinfecção dos

resíduos de saúde do Grupo A, estão o autoclave, micro-ondas e incineração, este último processo envolve materiais químicos orgânicos de combustão gaseificados sendo produzida completa oxidação ou destruição dos agentes patogênicos do resíduo infectado, com o auxílio do oxigênio no ar.

Destinação final

Consiste em um conjunto de técnicas e métodos para dar destino final adequado sem causar danos ao meio ambiente, sendo esta a última etapa do manejo dos resíduos, podendo ser utilizado o aterro sanitário, aterro controlado, aterro de resíduos perigosos, vazadouro ou lixão.

Segundo Campos (2009) na zona rural do Brasil os serviços de coleta de lixo atingem menos de 27% da população e a maior parte dos resíduos sólidos continua sendo destinada à queima ou enterrado (60%) ou jogado em terrenos baldios ou logradouros (11,7%). Nas aldeias indígenas é quase uma prática a queima do lixo, especialmente da região Norte do Brasil, conforme demonstrou o documento apresentado pela FUNASA, quando realizou o Primeiro Inquérito de Saúde e Nutrição Indígena 2009 (Lixo), que será abordado no Capítulo sobre Resíduos Sólidos.

2.4 RESÍDUOS SÓLIDOS EM TERRAS INDÍGENAS

As intervenções das políticas públicas, pós Constituição Federal/88, tiveram alguns resultados significativos no processo do crescimento demográfico indígena, embora distantes de serem aplicadas na sua integralidade à essas populações, devido às incompatibilidades com os ideais de respeito às singularidades e diversidades étnicas. Esses resultados também foram frutos das crescentes mobilizações e lutas indígenas pela garantia do direito e posses das terras e territórios que tradicionalmente ocupam e pelo acesso e apropriação das políticas públicas de educação, saúde, trabalho, tecnologias, cultura, esportes, Segundo Baniwa (2006) um dos problemas históricos é pensar na inclusão dos povos indígenas de forma experimental e genérica incluindo-os em programas e projetos para outros segmentos sociais, incapazes de atender os anseios e projetos coletivos dos povos indígenas.

Dentre as intervenções que afetam a vida e o cotidiano dos indígenas estão a educação, a saúde, a cultura, o esporte, o meio ambiente, o desenvolvimento social, acesso aos Programas de “inclusão social” como Bolsa Família, Cestas Básicas, Luz Para Todos, Acesso ao Trabalho, além daquelas relacionadas à aposentadorias

remuneradas que contribuem para o poder de compra de bens de consumo de produtos duráveis e não duráveis, na satisfação das suas necessidades, embora alguns desses bens já tenham sido historicamente incorporados ao cotidiano indígena, no período das primeiras colonizações no país, com distribuição de espelhos, miçangas e outros souvenirs, como técnicas de aproximação entre nativos e colonizadores.

Em estudos sobre “A domesticação das Mercadorias: estratégias Wai wai”, realizada entre 1984 a 1986 com grupos indígenas dessa etnia que viviam nas regiões das Guianas e Brasil, o pesquisador Howard (2002) comenta que a introdução de bens industrializados nas aldeias e o início de relações econômicas diretas com os ‘brancos’ trouxeram grandes modificações às culturas locais. No estudo, ele constatou que os indígenas adquiriam bens industrializados como roupas, redes de algodão, anzóis, lanternas e pilhas, canetas, papel, sabão, relógios, gravadores, espingardas e munições, linha de pesca, dentre outros. No entanto, esses bens não significavam tão somente mercadorias mas também ameaças à sua organização social e domesticação dos seus próprios bens de trocas intertribais. Esse assunto foi aqui abordado com objetivo de ilustrar a temática sobre os resíduos sólidos em terras indígenas, não pretendendo aprofundar nas questões culturais e antropológicas dos povos indígenas.

Segundo relato de um dos técnicos de saúde que atuam nas aldeias do DSEI Médio Rio Purus/AM, os índios *Deni* que vivem distantes quase 07 (sete) dias da área urbanizada de Lábrea, se cotizaram com recursos dos benefícios dos programas de governo e adquiriram uma voadeira de 40Hp para deslocarem à cidade com objetivo de fazer compras e realizar outras atividades, sem tempo previsto para retornar à aldeia. Ainda em relato, ele disse que esses índios ficam na cidade e acabam adquirindo hábitos alimentares e outros costumes que não correspondem a sua realidade indígena, afetando diretamente a saúde o que demanda aumento no fluxo de atendimentos com consequentes alojamentos na Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) do DSEI Médio Rio Purus. Quando eles retornam à aldeia levam consigo produtos alimentares como biscoitos, refrigerantes, bens não perecíveis como pilhas, objetos de plásticos, aparelhos celulares, além de sacos plásticos para embalagens das mercadorias, potenciais causadores de danos ao meio ambiente durante muitos anos, tendo em vista o tempo de sua decomposição na natureza.

Aranha e Martins (1995) descrevendo o consumo humano afirmam que o ato de consumir é humano por excelência. Elas definem dois tipos de consumo: o

consumo não alienado é aquele em que o indivíduo atende as suas necessidades orgânicas (de subsistência), culturais e estéticas facilitando seu crescimento humano nas múltiplas direções, as quais lhes darão condições para transcendências, movidas pela imaginação, inteligência, liberdade, mesmo que diante das influências externas. No consumo alienado o indivíduo tem suas necessidades artificializadas pelas influências externas, na maioria das vezes, dos meios de comunicação de massa, levando-o aos centros de compras de produtos que em muitos dos casos tornam-se descartáveis.

Segundo Cavalcanti (1994) para o alcance do bem-estar passa-se necessariamente pela questão de redefinir necessidades (os símbolos de *status* no interior de uma sociedade) e distribuição equitativa (e não de produção) destas, que confrontadas com a degradação entrópica acelerada, decorrente da sociedade de produção e do consumo em massa, torna vital buscar o equilíbrio sustentável. Zanetti (2003) por sua vez descreve que nas relações de necessidades, a de consumo é manifestada em face da descartabilidade, do desperdício, da geração de necessidades artificiais e dos resíduos não reciclados que contaminam o meio ambiente e degradam a qualidade de vida.

Com as condições socioeconômicas e culturais em movimentos ascendentes e as proximidades das relações, conflituosas ou não, entre as populações indígenas aldeadas e as urbanizadas, a troca de mercadorias e sua comercialização tornou-se cada vez mais acentuadas no interior das aldeias. Esses produtos que antes não faziam, ou pouco faziam, parte do universo indígena hoje é uma realidade que promove bem estar e melhorias na qualidade de vida indígena, no entanto, o outro lado da 'moeda' desse bem estar são verificados no seu cotidiano alterado pelas condições sanitárias do ambiente interno e a exposição de resíduos descartados nas aldeias, também encontrados nos entornos dos seus territórios.

2.5 DIAGNÓSTICO SOBRE RESÍDUOS SÓLIDOS EM TERRAS INDÍGENAS

Entre os anos de 2008 e 2009, a FUNASA em parceria com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde (ABRASCO), financiado pelo Projeto FUNASA/VIGISUS II, realizou o "Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas" com objetivo de descrever sobre a situação nutricional dos indígenas e os fatores determinantes na qualidade de vida das crianças menores de 60 meses e mulheres em idade de 14 a 49 anos, das regiões Norte, Centro-Oeste,

Nordeste, Sudeste e Sul, num total de 5.277 domicílios e 113 aldeias, concentrados em 6.707 mulheres e 6.285 crianças. O resultado do inquérito sobre os fatores determinantes, relacionadas as condições sanitárias das aldeias, conforme quesito “Destino predominante do lixo produzido pelos domicílios indígenas”, concluiu que o lixo das aldeias pesquisadas, em sua maioria, são enterrados, jogados ou queimados na própria aldeia, conforme demonstra em números a Tabela 2 – Primeiro Inquérito de Saúde e Nutrição Indígena 2009 (Lixo).

Tabela 2 – Primeiro Inquérito de Saúde e Nutrição Indígena 2009 (Lixo)

LOCAL	Coletado por serviço de limpeza		Colocado em caçamba de serviço de limpeza		Enterrado, jogado ou queimado na aldeia		Enterrado, jogado ou queimado fora da aldeia		Jogado no rio, lago ou mar		Outros	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Norte	14	0,8	6	0,3	1.573	85,8	194	10,6	40	2,2	4	0,2
Centro Oeste	0	0,0	0	0,0	1.068	98,6	12	1,1	0	0,0	3	0,3
Nordeste	552	37,7	10	0,7	857	58,5	40	2,7	3	0,2	1	0,1
Sul / Sudeste	122	13,6	86	9,6	668	74,6	18	2,0	0	0,0	0	0,0
Brasil	688	13,0	102	1,9	4.166	79,0	264	5,0	43	0,8	8	0,2

Fonte: FUNASA-MS e ABRASCO, 2009

Em análise desses dados, observa-se que a maioria dos domicílios indígenas que “enterram, jogam ou queimam o lixo na aldeia” estão concentrados nas regiões Norte (1.573) e Centro-Oeste (1.068). Quando o lixo é “enterrado, jogado ou queimado fora da aldeia” e também “jogado no rio, lago ou mar” a região Norte continua apresentando os maiores números, ou seja, 194 e 40, respectivamente, distante numericamente das demais regiões, conforme ilustra o Gráfico 2 - Primeiro Inquérito de Saúde e Nutrição Indígena 2009 (Lixo).

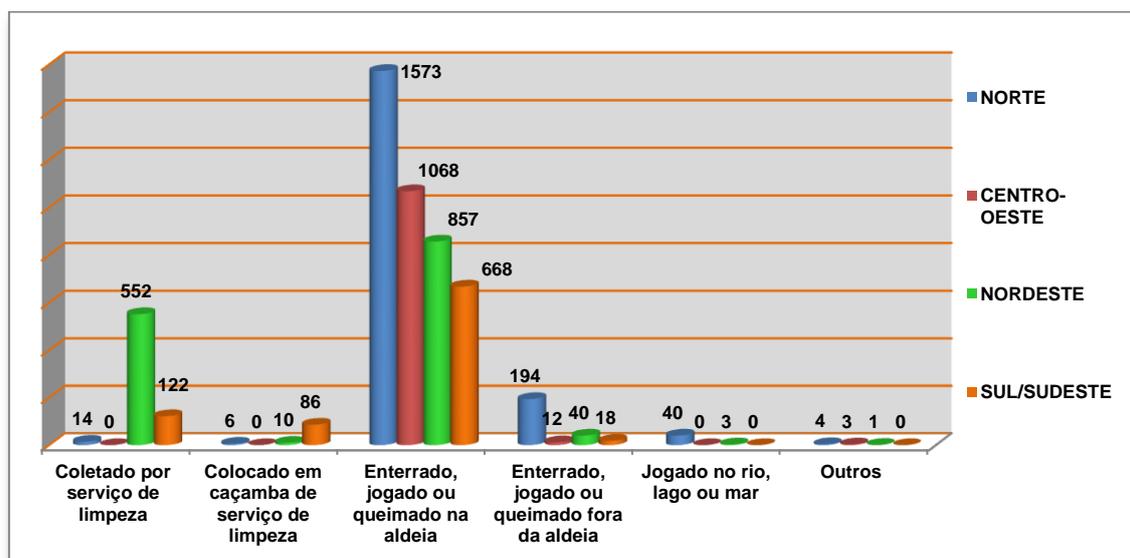


Gráfico 2 – Primeiro Inquérito de Saúde e Nutrição Indígena 2009 (Lixo) Fonte: FUNASA, 2009

Somente em 2012 foi realizado um levantamento para diagnosticar os resíduos sólidos em terras indígenas, através da Coordenação-Geral de Edificações e Saneamento Ambiental (CGESA-SESAI). Esse levantamento teve como objetivo elaborar o Primeiro Diagnóstico sobre Resíduos Sólidos em Áreas Indígenas, a partir das percepções e observações das EMSI dos 349 Polos Bases dos 34 DSEI, por meio de questionários enviados eletronicamente. A metodologia utilizada para o levantamento foi a aplicação de questionários com perguntas fechadas e respostas de múltipla escolha direcionadas às EMSI dos Polos Bases, sendo indicado um técnico da equipe para preencher o questionário e no prazo estabelecido entre 08/02 a 30/04/2012 e envio à equipe técnica da Divisão de Saneamento Ambiental Indígena da CGESA em Brasília/DF para análise e consolidação das informações, com apoio dos técnicos da Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena (CGAPSI). Os questionamentos envolveram os seguintes tópicos:

- Procedência dos resíduos sólidos;
- Tipos de resíduos sólidos existentes nas aldeias;
- Hábitos de limpeza nas aldeias, pelas comunidades;
- Acondicionamento dos resíduos sólidos nas aldeias;
- Coleta ou coleta seletiva e destinação final dos resíduos sólidos;
- Articulação com os municípios de abrangência das aldeias, para a coleta;
- Possíveis soluções para destinação final dos resíduos sólidos, nas aldeias;
- Coleta e destinação final dos resíduos dos serviços de saúde pelas EMSI;
- Reciclagem e Educação Ambiental
- Estratégias de gestão dos resíduos sólidos pelo DSEI e Responsável Técnico.

A ferramenta de comunicação utilizada foi o Sistema FORMSUS <http://formsus.datasus.gov.br>, que é um serviço de uso público criado na WEB, compatível com a Política Nacional de Informações e Informática do SUS, sob a responsabilidade do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Esse serviço tem a função de coletar, armazenar e organizar dados do público alvo selecionado, gerando relatórios, gráficos, mapas, com acessibilidade em qualquer lugar por via internet. Foram utilizados também telefones e e-mail institucional para dirimir as dúvidas surgidas durante o preenchimento das questões.

De acordo com o resultado do levantamento, dos 349 Polos Bases que receberam o questionário, 82% do total responderam, ou seja, 285 enviaram suas respostas, sendo que 172 foram da região Norte, 49 da Nordeste, 33 do Centro-Oeste

e 31 do Sudeste/Sul, abrangendo 3.819 aldeias indígenas de um universo de 4.670 (SIASI/MS-2012). Da análise das respostas, conclui-se que mais da metade das aldeias de abrangência dos Polos Bases (66,3%), recebem os resíduos sólidos oriundo dos municípios, sinalizando com isso à uma interligação aldeias/cidades. Apenas 33,7% destas têm os resíduos originários na própria aldeia. O plástico é um tipo de resíduo que foi identificado em quase todas as respostas (99,2%) seguido de papel (80%), latas de produtos (74%) e vidro (72%), conforme pode ser observado no Gráfico 3 – Tipos de resíduos sólidos mais encontrados nas áreas indígenas.

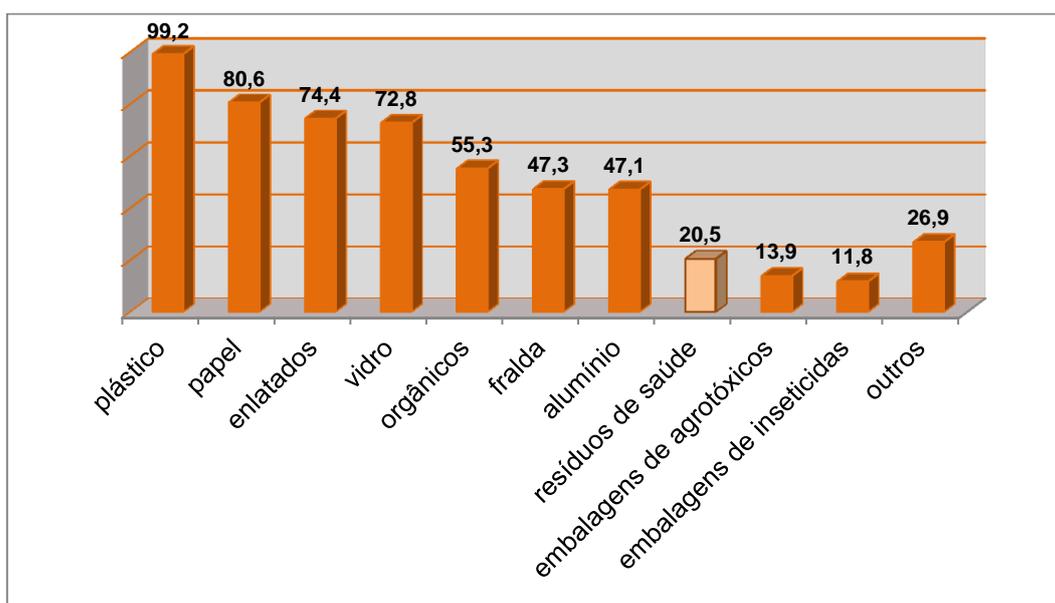


Gráfico 3 - Tipos de resíduos sólidos mais encontrados nas áreas indígenas.
Fonte: CGESA/SESAI-MS

Quanto as questões relacionadas a coleta dos resíduos, 77,2% dos Polos Bases responderam que a maioria das aldeias não possuem coleta, somente 22,8% a possuem. Em 21,1% das comunidades os próprios AISAN é que fazem essa coleta, 11,6% são os municípios e 50,7% a própria comunidade quem se encarrega da tarefa e sem estratégia definida de coleta. No que se refere as articulações com o município para a coleta, apenas 13% dos Polos Bases responderam que essas articulações existem e a maioria dos Polos (69%) somente afirmaram que é viável as articulações e destacaram a importância de manter esse estreitamento com o ente municipal.

As “*Informações sobre os resíduos dos serviços de saúde*” envolveram questões relacionadas às atividades desempenhadas pelas EMSI como: **a)** o que fazem com os resíduos de saúde (médico, hospitalar e odontológico) nas aldeias; **b)** como acondicionam esses resíduos; **c)** se tem consciência de que é sua responsabilidade a retirada desses resíduos das aldeias. De acordo com o

diagnóstico, 44,7% dos Polos Bases responderam que recolhem os resíduos dos materiais perfuro-cortantes e 80,9% responderam que os resíduos de saúde são levados de volta ao DSEI, conforme observado no Gráfico 4 – Destinação dos resíduos de saúde pelas EMSI.

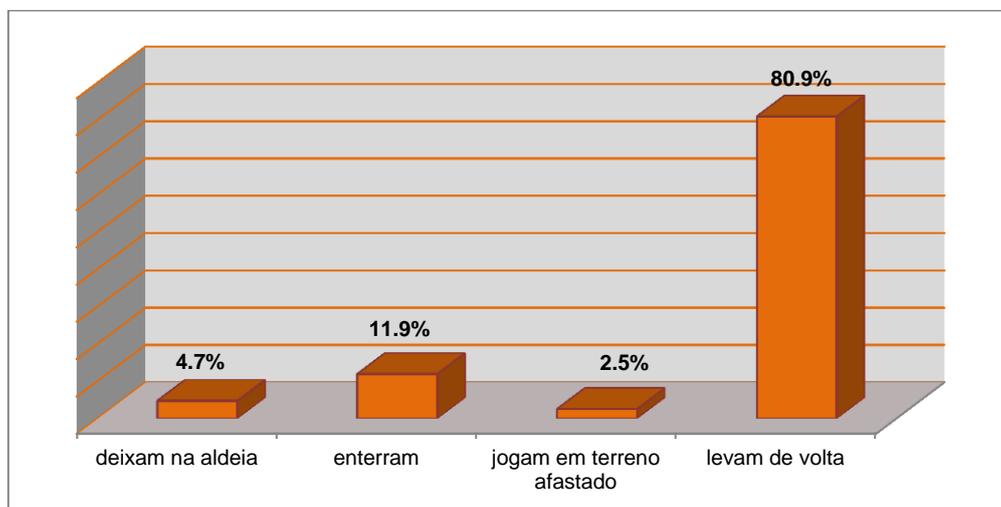


Gráfico 4 – Destinação dos resíduos de saúde pelas EMSI. Fonte: CGESA/SESAI-MS

O resultado deste questionamento surpreendeu alguns técnicos que coordenam as ações de saúde dos DSEI, a exemplo do Coordenador das Ações de Saúde Bucal que em entrevista (Anexo D) comentou que muitas das EMSI *cavam um buraco pequeno, põem os resíduos de saúde (algodão, gases, caixas de medicamentos, algumas luvas, seringas, etc.), coloca o fogo e deixa queimar até se apagar e depois que o fogo apaga cobre com a terra do buraco*. Ele comentou ainda que esse resultado (80,9%) pode ser *“alguma contabilidade feita com o descarte dos perfuro-cortantes como agulhas, pequenos bisturis, lâminas, e todos os resíduos de saúde que são obrigados a guardar em segurança nos Descarpack ou dentro de garrafas pet até voltarem à sede do DSEI*. Comentou também que os demais resíduos não retornam a área urbana e reafirmou que o tratamento que recebem é a ‘queima’ e depois são enterrados no solo da própria aldeia, dos Polos Bases, pois transportar todos os materiais e equipamentos, fazendo o retorno da aldeia através de longas caminhadas até o rio para “pegar” a voadeira de retorno ao DSEI é uma dificuldade sempre presente nos trabalhos das EMSI.

O diagnóstico concluiu que os resíduos de saúde, especificamente, os perfuro-cortantes, são recolhidos nos coletores (Descarpack) apropriados para esses tipos de materiais e que na maioria dos Polos Bases não existe estratégias de gestão de resíduos sólidos e nem tampouco um responsável técnico para gerenciar essas questões. No diagnóstico não ficou evidenciado algum procedimento para o

tratamento e destinação final dos resíduos de saúde. É importante considerar as circunstâncias em foram respondidos os questionários uma vez muitos Polo Bases não tem acesso a internet. Outro fator a considerar são as questões com respostas fechadas, inviabilizando o respondente de manifestar opiniões, esclarecimentos, sugestões sobre as questões, para enriquecer o levantamento de informações e consequente diagnóstico, considerando ser este o primeiro levantamento sobre resíduos sólidos em terras indígenas.

Na sequência deste estudo, o Capítulo 3 descreve sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus, sua localização geográfica, perfil epidemiológico, sua estrutura organizacional como Unidade Gestora autônoma, a prestação dos serviços e a geração dos resíduos sólidos dos serviços de saúde nas atividades das EMSI, nas aldeias indígenas de Ilha Verde e Araçá, de abrangência do Polo Base Iminaã.

CAPÍTULO 3

OS DSEIs E SUA ATUAÇÃO NO SANEAMENTO AMBIENTAL EM TERRAS INDÍGENAS

O primeiro Distrito Sanitário de natureza especial foi criado em 1991, antes da Lei Sergio Arouca, sob a administração da FUNASA no estado de Roraima (na época conhecida como FNS), que já vinha operacionalizando o Projeto Saúde Yanomami-PSY com a promoção, prevenção e recuperação dos índios *Yanomami* e *Maiongong*, buscando o reequilíbrio à vida econômica, política e social, em consequência das invasões dos garimpeiros em terras indígenas que causou fortes desequilíbrios demográficos à esses grupos indígenas, segundo FUNAI (1991). Ainda, de acordo com a FUNAI:

As terras desse grupo indígena compreende uma área de 9.419.108 (nove milhões, quatrocentos e dezenove mil, cento e oito) hectares (...). A corrida do ouro, no recém criado Estado de Roraima, teve seu início no ano de 1987 e causou o afluxo estimado de aproximadamente 45.000 (quarenta e cinco mil) garimpeiros trazendo com isso sérios problemas sociais, em consequência da imigração maciça, entre eles o aumento da criminalidade, a proliferação de doenças endêmicas e os prejuízos ao meio ambiente devido a garimpagem indiscriminada. (FUNAI, 1993). (grifos meus)

O Distrito Sanitário Yanomami-DSY serviu de modelo para implantação de outros 33 DSEI, em 23 Estados contemplados com terras indígenas. De acordo com Magalhães (2001) a experiência do Distrito Yanomami, de 1991 a 1998, juntamente com os marcos dos movimentos sanitários e sanitário-indigenista culminaram numa ampla reformulação da prática sanitária direcionada aos povos indígenas. Após oito anos de criação do DSY, o Governo Federal publicou o Decreto nº. 3.156, de 27/08/1999, instituindo o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), com a finalidade de universalizar, integralizar e equanimizar os serviços prestados aos índios, não prejudicando as ações desenvolvidas pelos municípios e estados no âmbito do SUS e valorizando os conhecimentos e práticas da medicina indígena, de acordo com as peculiaridades de cada comunidade indígena, perfil epidemiológico e condições sanitárias.

Os 34 DSEI foram instituídos na estrutura organizacional da FUNASA, definidos como um modelo de organização diferenciada de serviços, orientados para espaços etno-culturais dinâmicos, populacionais, geográficos e administrativos delimitados, contemplando atividades técnicas e administrativas, objetivando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção primária à saúde nas aldeias com promoção

e práticas sanitárias de serviços assistenciais de saúde, ordenada por uma rede física interiorizada nas terras indígenas, a partir dos seguintes critérios:

- a) - população, área geográfica e perfil epidemiológico;
- b) - disponibilidade de serviços, recursos humanos e infra-estrutura;
- c) - vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS;
- d) - relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional;
- e) - distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas.

A distribuição dos DSEI por todo o país é ilustrada, a seguir, na Figura 1 – Mapa de localização dos DSEI, onde são contemplados os estados brasileiros com terras indígenas em suas jurisdições à exceção dos estados do Piauí e Rio Grande do Norte, que na época da construção dos DSEI a FUNAI não havia identificado formalmente populações indígenas nesses estados. O mapa ilustra as extensões territoriais e os movimentos migratórios históricos dos indígenas, a exemplo dos Guarani e Kaingang nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná Santa Catarina e Rio Grande do Sul, idealizando as abrangências de atuações territoriais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Litoral Sul e Interior Sul. Numa mesma lógica, estão os DSEI Alagoas-Sergipe (AL/SE), Alto Rio Purus (AC/AM/RO), Amapá e Norte do Pará (AP/PA), Araguaia (GO/MT/TO), Guamá-Tocantins (MA/PA), Kayapó do Mato Grosso (MT/PA), Minas Gerais-Espírito Santo (MG/ES), Parintins (AM/PA), Porto Velho (AM/MT/RO), Vilhena (MT/RO), Yanomami (AM/RR).

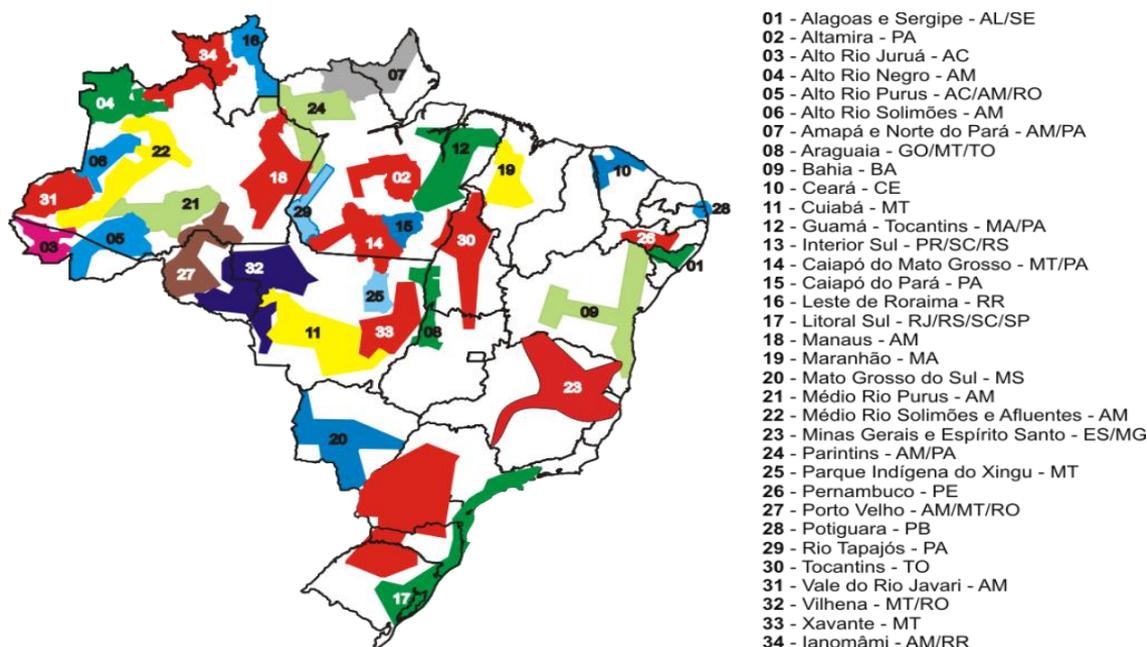


Figura 1 – Mapa de localização dos DSEI Fonte: Funasa/MS 2008

A abrangência dos DSEI não respeita a circunscrição dos Estados e/ou Municípios, onde estão os povos indígenas sob a responsabilidade sanitária desses Distritos, conforme ilustra a Figura 1 acima, o que transforma a atuação dos gestores das três esferas de Governo em complexos desafios de se implementar ações com foco numa Rede de Atenção Integral à Saúde Indígena, planejada. Aliada à esses desafios, está a situação anômala dos DSEI com proposta de organização diferenciada no gerenciamento da sua rede física de unidade de saúde instaladas nas terras indígenas constituída por Polos Base, Postos de Saúde, Casas de Saúde do Índio-CASAI com execução de serviços realizadas por profissionais de saúde, porém essa organização de serviços está ‘aprisionada’ numa subordinação administrativa às Coordenações Regionais da FUNASA e também subordinada tecnicamente ao nível central, do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) em Brasília/DF.

3.1 AUTONOMIA DOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS

A noção de DSEI entendida por Athias e Machado (2011) está centrada na organização dos serviços de saúde, pertinente a cada realidade étnica, de forma que as ações decorrentes sejam eficazes para determinada população indígena, sendo fundamental a participação das diversas instâncias organizativas indígenas na formulação das políticas do setor. Araújo (2006) por sua vez entende que a estrutura do Subsistema com base nos DSEI desenhados para levar em consideração a realidade local e especificidades culturais dos indígenas com prestação de serviços tem se dado de forma desigual e que “o desafio de contemplar as especificidades de cada contexto na implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas ainda está longe de ser superado.”

Na tentativa de superar as ‘igualdades’ na prestação de serviços de saúde aos povos indígenas e buscar as ‘desigualdades’ para atender as singularidades e especificidades étnicas dos usuários indígenas, os DSEI foram transformados em Unidades Gestoras, de forma descentralizada e com autonomia administrativa, orçamentária e financeira própria para gerir as ações de saúde, desvinculando-se da FUNASA por força do Decreto nº. 7.336, de 19/10/2010 e passando a fazer parte da Administração Direta do Ministério da Saúde, sob a subordinação direta da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Esta foi uma das grandes conquistas dos movimentos indígenas, que desde a concepção do DSEI Yanomami em 1991 e demais DSEI em 1999, vinham lutando por esta forma de execução autônoma na prestação dos serviços de saúde aos povos indígenas em todo o país.

Os DSEI passaram a ser Unidades Gestoras autônomas com a finalidade de coordenar, supervisionar e executar as atividades da saúde indígena, no âmbito local, estruturados por serviços nas atividades finalísticas composta pela Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) com sua(s) Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI) e Polos Bases, bem como pelo Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental-SESANI e pelas atividades meio com as áreas da Seção de Apoio Administrativo (SEAD), Serviços de Recursos Logísticos (SELOG), de Orçamento e Finanças (SEOFI), de Recursos Humanos (SERH), conforme Figura 2 – Organograma do Distrito Sanitário Especial Indígena na SESAI/MS.

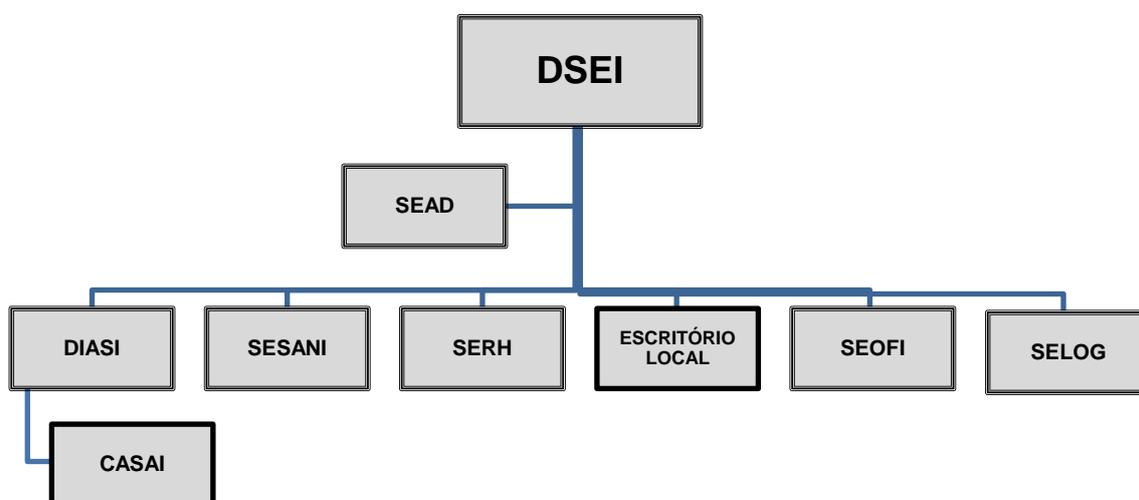


Figura 2 – Organograma do Distrito Sanitário Especial Indígena na SESAI/MS.
Fonte: <http://portal.saude.gov.br>

Embora os outros estabelecimentos de saúde indígena (Polos Bases e Postos de Saúde) não tenham sido contemplados nesse organograma, por questões de insuficiência de cargos comissionados estruturantes no âmbito do Ministério da Saúde, no momento da criação da SESAI, estas unidades são consideradas de alta relevância ao Subsistema. O Polo Base é considerado o ‘epicentro’ de todas as demandas das ações e execução dos serviços pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e preparação de discussões para construção do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI), além de ser a unidade de saúde mais próxima do usuário indígena, considerada a “porta de entrada do Subsistema no SUS”.

O PDSI é um instrumento de planejamento, construído a partir de discussões entre os técnicos do DSEI e usuários do Subsistema, de forma ascendente, ou seja, as discussões iniciam-se nas aldeias indígenas, através de reuniões dos Conselheiros Locais de Saúde Indígenas e suas comunidades orientados por técnicos capacitados à

facilitadores nas discussões nas aldeias. As comunidades fazem levantamentos das suas necessidades para a melhoria dos serviços a serem prestados pelos DSEI, por um período de 04 anos. Esse instrumento foi institucionalizado em 2003 e passou a fazer parte das ações articuladas entre os entes federados, além de ser objeto de acompanhamento e fiscalização pelos Órgãos de Controle Internos e Externos (Tribunal de Contas da União, Controladoria Geral da União, Ministério Público Federal, Controle Social e outros).

3.1.1 Organização dos serviços de saúde indígena nas aldeias

Para gerir a atenção integral à saúde indígena foi organizada uma rede física de estabelecimentos de saúde na abrangência das terras indígenas e próximo destas, definidas em quatro tipos: **Postos de Saúde, Polos Bases, Casa de Apoio a Saúde do Índio e Sede do DSEI**, com uma força de trabalho composta por servidores públicos do quadro efetivo, profissionais de saúde contratados por ONG's conveniadas, além dos prestadores de serviços de empresas contratadas para os serviços de vigilância armada, transportes, limpeza e conservação, serviços de cozinha. Garnelo (2012) descreve que o modelo de gestão de um sistema de saúde é um meio para prover adequadamente a saúde de uma população e que na saúde pública a programação das ações de atenção seja ordenada de acordo com o modelo de assistência orientando ao seu desenvolvimento no plano local e que no caso do Subsistema indígena o modelo está baseado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

A estruturação desses estabelecimentos de saúde tiveram como critério para sua implantação as características geográficas, quantitativo de habitantes indígenas, sua dispersão ou concentração, condições de acessibilidade, perfil epidemiológico e área de abrangência. Os Postos de Saúde e Polos Bases são as primeiras referências dos indígenas da atenção primária da Rede de Atenção Integral à Saúde do Indígena no SUS. A maioria dos agravos à saúde é resolvida no nível local, pelos Postos de Saúde dentro das aldeias (PNASPI, 2002) com os Agentes Indígenas de Saúde (AIS). Os Polos Bases são as primeiras referências dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) quando não encontram solução dos problemas de saúde da sua comunidade e busca o apoio dos Polos Bases, sendo esses níveis de acesso às ações primárias de saúde. A Figura 3 – Fluxograma da rede de serviços de saúde indígena mostra a organização da rede física de estabelecimentos de saúde nas terras indígenas.

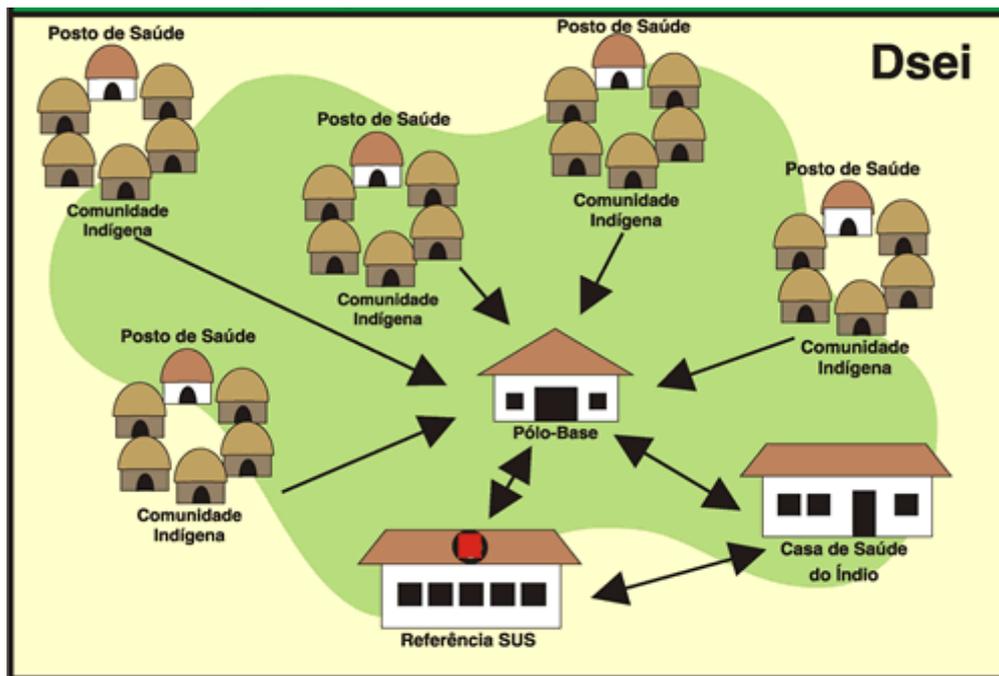


Figura 3 - Fluxograma da Rede de serviços de saúde indígena (Fonte: FUNASA 2009)

O Polo Base, considerado 'epicentro' de todas as demandas da organização dos serviços da atenção primária e das referências para o SUS, é um elo de interface entre Subsistema e o SUS. É no Polo Base que também são iniciadas as discussões para a construção ascendente do planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações e preparação de construção do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI), por um período de 04 anos, além de ser a unidade mais próxima do usuário indígena e da comunidade. Quando não há resolatividade nos Postos de Saúde e Polos Bases o paciente indígena é transferido para atendimento fora da sua aldeia, sendo acompanhado por um profissional de saúde que o encaminha até a Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI) durante seu tratamento, na Rede de Atenção do SUS, preferencialmente num município mais próximo de sua localidade.

3.1.2 Atenção primária à saúde dos povos indígenas

A atenção primária é considerada o primeiro nível de atendimento à saúde, caracterizada por um conjunto de ações, abrangendo a promoção e prevenção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Segundo Starfield (2002) a atenção primária aborda problemas mais comuns na comunidade, ofertando serviços de prevenção, cura, e reabilitação, maximizando a saúde e bem estar humano, sendo ela que organiza e racionaliza os recursos, tanto básicos como especializados. A atenção primária é entendida como o primeiro nível de atenção à saúde do SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos

os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade. (CONASS, 2007). Dentre as ações de atenção primária executada pelos 34 DSEI, nas aldeias estão:

- Vigilância alimentar e nutricional;
- Saúde da Mulher e da Criança;
- Imunização;
- Saúde bucal;
- Vigilância e controle da tuberculose;
- Vigilância e controle da DST/Aids;
- Vigilância e controle da malária;
- Saúde mental;
- Medicina tradicional;
- Assistência farmacêutica;
- Vigilância em Saúde;
- Vigilância Ambiental.

Segundo a OMS a atenção primária constitui no primeiro contato dos indivíduos e comunidades com o sistema de saúde onde os serviços chegam o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho desses indivíduos e comunidades, constituindo um processo contínuo de atenção. Mendonça (2009) descreve que a atenção básica em saúde é o espaço privilegiado para construir um sistema de saúde de forma humanizada, uma vez que se desenvolve no cotidiano dos indivíduos, inserida num espaço-território específico que considera as relações interpessoais e interculturais, o modo de viver e ser dos indivíduos e comunidades, em busca de melhor qualidade de vida. Descreve ainda que na atenção básica em áreas indígenas as questões relacionadas às diferenças culturais são particularmente evidentes.

As descrições da autora Mendonça merecem reflexões de gestores, trabalhadores e usuários indígenas, com vistas a rever a aplicabilidade da PNASPI, uma vez que as evidências das ações de saúde e saneamento em terras indígenas muitas das vezes incompatibilizam com o cotidiano nas aldeias indígenas. As ações de saneamento, por exemplo com suas ferramentas tecnológicas muitas das vezes incompatíveis com a realidade dos índios, a exemplo dos banheiros sanitários construídos em aldeias com até 50 habitantes, os quais muitos desses banheiros foram inutilizados devido a falta de hábito pelo costume que os indígenas tem em utilizar os “seus banheiros”, sendo os construídos pela FUNASA utilizados em outras

finalidades como criação de porcos, galinhas, armazenagem de madeiras e outros pertences das aldeias.

Outro aspecto que merece reflexões e discussões são as abordagens da atenção primária levadas aos índios. Que atenção primária é essa oferecida pelo SUS através do Subsistema aos povos indígenas? ela é articulada com a atenção *a priori* do cotidiano indígena? Em que estão baseadas as práticas dessa atenção primária se os profissionais de saúde pouco conhecem ou mesmo desconhecem o cotidiano de algumas aldeias indígenas com seus costumes, crenças e tradições? Existe mesmo essa interface com a Medicina Tradicional Indígena? Das experiências de trabalho em que tenho conhecimento pouco ou quase nada percebo de integração entre sistemas tradicionais indígenas e não indígenas. Essa situação é fortemente percebida nas ações de saneamento básico em terras indígenas, que será discutido em capítulos posteriores.

Ainda neste aspecto é importante repensarmos as atividades executadas pelo órgão de saúde indígena e discutirmos as diretrizes que norteiam a PNASPI, na busca de soluções aproximativas dos sistemas locais médicos tradicionais indígenas, esquecidos no tempo e visto por alguns profissionais de saúde como *'uma idéia abstrata'* a intenção de integrar os saberes e práticas de saúde dos índios no cotidiano das atividades das EMSI. A integração e interrelação entre os sistemas de saúde podem minimizar o alto fluxo de entradas e saídas de equipes de saúde, nas aldeias, que muitas das vezes são despreparados e sem aptidões para lidar com as populações indígenas. A inexistência dos diálogos de saberes somente potencializa as fragilidades já existentes da PNASPI, que historicamente é um dos problemas da alta rotatividade de profissionais em terras indígenas, ao longo dos séculos, desde a criação do SPI.

3.1.3 Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI)

O modelo adotado para prestação de serviços da rede de atenção dentro das aldeias com EMSI foi baseado no Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) criado pelo Ministério da Saúde em 1991 como uma das estratégias da Saúde da Família (PSF), vinculado às Unidades Básicas de Saúde (UBS) com objetivo de promover à saúde, prevenir, recuperar e reabilitar o indivíduo das doenças e agravos e manter a saúde dos indivíduos em suas comunidades. Acredita-se que as unidades básicas de saúde sejam capazes de resolver 85% dos problemas de saúde da

população, prestando atendimento de qualidade, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (MENEGHEL et al, 2008).

As EMSI são compostas basicamente por Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Cirurgião Dentista, Auxiliar de Consultório Dental, Técnico de Higiene Dental, Agentes Indígenas de Saúde (AIS), Técnico de Saneamento, Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), bem como Agentes de Endemias e Microscopistas para atender a região da Amazônia Legal, visitando as famílias indígenas em suas aldeias com execução das ações básicas de saúde, baseando-se no cuidado da mãe e da criança indígena.

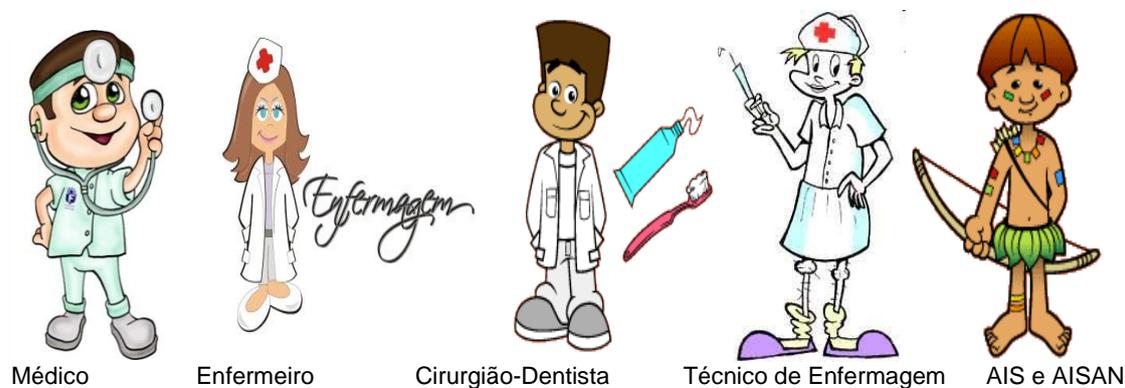


Figura 4 – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI)

A organização das atividades das EMSI está relacionada ao número de habitantes indígenas a serem atendidos, à concentração populacional, condições de acesso, perfil epidemiológico, necessidades específicas para o controle das principais endemias como malária, hepatites virais e ao programa de formação dos AIS e AISAN. A composição mínima inclui os médicos generalistas além dos profissionais, citado no parágrafo anterior, além de ser incluído os motoristas quando o acesso for terrestre ou barqueiro quando o acesso for via fluvial. Mais adiante será discutido sobre o AISAN, o qual faz parte deste estudo.

No início da implantação desse modelo de prestação de serviços, as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) entravam nas aldeias no mínimo 04 (quatro) vezes ao ano. Atualmente essas equipes permanecem cerca de 15 a 30 dias, dependendo das condições de acessibilidade e regime climático das regiões. As entradas das equipes são organizadas em serviços hierarquizados no nível de coordenação técnica imediata nos DSEI, de acordo com o estabelecido no Plano de

Trabalho Anual (PTA) pactuado no Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) de acordo com a realidade local de abrangência dos DSEI. Esse assunto será discutido com mais detalhes nos estudos seguintes.

Chaves e Cardoso (2006) descrevem que cada contexto local ou regional torna-se experiência singular no processo de implantação do modelo de atenção à saúde indígena, considerando a diversidade social, cultural, geográfica e política dos povos indígenas, suas diferentes formas de contato e graus de inserção no cotidiano da sociedade, bem como a heterogeneidade implementada pelo SUS nas diferentes regiões, estados e municípios. Os princípios e diretrizes das ações e serviços prestados pelos DSEI foram estabelecidas na PNASPI (2002), onde estão orientadas a organização dos serviços com abordagens nos seguintes aspectos:

- profissionais de saúde preparados para atuar no contexto intercultural;
- ações de saúde articuladas com os sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- uso racional e adequado dos medicamentos;
- promoção de ações específicas em situações especiais;
- ética nas pesquisas e ações de saúde no âmbito das comunidades indígenas;
- promoção de ambientes saudáveis e da saúde indígena;
- controle social;
- monitoramento das ações de saúde indígena.

Todas as EMSI estão vinculadas a um Polo Base, articuladas com a Casa de Saúde do Índio (CASAI) mais próxima. Os Polos Bases deveriam estar integrados à Rede de Atenção à Saúde do SUS, através do Sistema de Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e respectivos Sistemas dos Complexos Reguladores Assistenciais municipais para garantia de agilidade no acesso integral e equânime à saúde indígena, no que se refere àqueles serviços que não encontram resolutividade na rede interiorizada dentro das aldeias, no entanto esses procedimentos ainda não foram regularizados tendo em vista as singularidades e especificidades dos serviços o que dificulta as articulações interfederativas no atendimento integral aos indígenas. Em 2007 a composição das EMSI foi reorganizada em Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena e Núcleo Distrital de Atenção à Saúde Indígena, conforme disposto na Portaria nº. 2.656, de 17/10/2007, assim composta:

- Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena – responsável pela execução das ações básicas de atenção à saúde indígena, composto por profissionais de saúde como: Enfermeiro, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, Médico, Odontólogo, Auxiliar de Consultório Dental, Técnico de Higiene Dental, Agente Indígena de Saúde, **Agente Indígena de Saneamento**, Técnico em Saneamento, Agentes de Endemias e Microscopistas na Região da Amazônia Legal.
- Núcleo Distrital de Atenção à Saúde Indígena – responsável pela execução das ações de atenção integral à saúde da população indígena, sendo composto por profissionais não contemplados na composição referida no Núcleo Básico, como Antropólogo, Assistente Social, Farmacêutico/Bioquímico, Nutricionistas, Engenheiros, Psicólogos ou outros profissionais, dependendo das necessidades específicas para o atendimento das populações indígenas.

Um dos grandes desafios dos DSEI, das regiões de difícil acesso, é colocar esses profissionais em áreas (nas aldeias) tendo em vista a alta complexidade que envolve a logística nos deslocamentos das equipes, sendo realizadas por via fluvial, em barcos conhecidos na região como “voadeiras”, por via aérea, em aeronaves bimotor ou monomotor e por via terrestre de veículos motorizados. Os deslocamentos por via hidroviária chegam a demorar até 20 dias, com as EMSI permanecendo nas aldeias por até 30 dias, em condições sanitárias penosas de trabalho, exposição de riscos à saúde, precárias condições nos alojamentos, além das barreiras linguísticas, situações inusitadas face às diferenças culturais, o que os levam a desistir na primeira entrada em aldeias.

Na região amazônica, na foz do rio Purus, a Fotografia 8 e 9 - EMSI em deslocamento às aldeias pelo rio Purus, ilustra um dos momentos dessas viagens, onde os profissionais levam diversos materiais (galões de água, caixas de medicamentos e outros insumos, botijões de gás, peças de reposição da voadeiras, motosserras, reservas de combustíveis, além dos seus pertences pessoais para sua manutenção). Os imprevistos da natureza, como quedas de árvores interditando a passagem das voadeiras obrigam os viajantes a descarregar todos os materiais da voadeira e atravessá-las por cima dos troncos de árvores e quando isso não é possível utilizam motosserras para desobstruir a passagem.



Fotografia 8 e 9 – Deslocamento da EMSI às aldeias pelo rio Purus. Fonte: Relatório DSEI Médio Rio Purus/AM, Janeiro/julho, 2012

As distancias percorridas entre o município de Lábrea aos Polos Bases variam entre 02 horas à 08 dias de viagem, dependendo do lugar, em voadeiras com motores de 200, 80, 40, 25, 15, e 4,5 HP, sendo esta a forma de deslocamento mais utilizada na região do Médio Purus e nos serviços do DSEI. De acordo com a sazonalidade climática da região o tempo de viagem varia e muitas vezes não há possibilidade de navegabilidade no rio em algumas áreas, ficando totalmente inviável as ações de saúde nas aldeias. O Quadro 3 - Deslocamento e tempo de viagem, a seguir apresenta as horas e dias de viagens entre o município de Lábrea à alguns Polos Bases.

Quadro 3 - Deslocamento e tempo de viagem

Local de saída (município)	Polo Base (destino)	Aldeia (área de atuação)	Tempo de viagem
Lábrea	Marrecão	Viagem – rio Caniwá	02 horas
		Cidadezinha – rio Caniwá	03 horas
		Samauma – rio Caniwá	04 horas
		Ressaca da onça – rio Piranha	20 horas
		Banawa – rio Piranha	23 horas
		Marrecão – rio Caniwá	07 dias

Fonte: Plano Distrital de Saúde Indígena Médio Rio Purus, 2008

Estudos realizados por Louzada (2007) com enfermeiras das EMSI que executam ações em aldeias da região amazônica de São Gabriel da Cachoeira e Barcelos, constatou que as dificuldades de atuar nas ações de saúde indígena em locais da região amazônica estão relacionadas à acessibilidade, distâncias dos centros urbanizados, mobilidade dos indígenas, dificuldades de comunicação entre profissionais e indígenas, más condições de infra-estrutura dos estabelecimentos de saúde indígenas, além dos conflitos entre os modelos de sistema preconizado pelo Ministério da Saúde e os sistemas de saúde tradicionais indígenas. As Fotografias 10

e 11 – Atendimento à saúde indígena nas aldeias refletem algumas situações inusitadas e anômalas de prestação dos serviços de saúde.



Fotografias 10 e 11 – Atendimentos à saúde indígena nas aldeias Fonte: DESAI/FUNASA, 2008

A Fotografia 10 – Atendimento da saúde indígena nas aldeias ilustra ações de saúde bucal onde a Cirurgiã-Dentista teve que atravessar o rio Negro, da região de São Gabriel da Cachoeira/AM, a fim de aproximar das aldeias indígenas de difícil acesso e instalar um gabinete odontológico ali mesmo – na beira do rio Negro e executar suas atividades, sempre acompanhada de um AIS. Não somente essas ações mas também as demais ações que englobam a Atenção Primária levada às aldeias exigem logística arrojada envolvendo desde as questões individuais do profissional até a organização dos serviços de saúde, para que nada falte, durante a permanência nos Polos Bases, nas terras indígenas de difícil acesso. Esse assunto será abordado no Capítulo 5, deste trabalho.

Quando os serviços não podem ser levados as aldeias de difícil acesso após todo um trajeto por via fluvial e terrestre (com longas caminhadas), os próprios usuários indígenas vêm ao encontro dos profissionais que se instalam num ponto de atendimento e com o auxílio do AIS mobilizam as comunidades indígenas para ir ao encontro da EMSI. Muitas das vezes esses encontros acontecem em baixo de uma grande árvore frondosa distribuindo suas sombras ou mesmo na beira do rio dentro das voadeiras. Outros atendimentos, como, por exemplo, os exames em mulheres grávidas são realizados nas moradias da própria gestante de acordo com a sua necessidade e seu bem estar. Em geral as mães grávidas comentam à EMSI que sentem-se mais a vontade sendo examinada, dentro da sua própria casa e junto aos seus familiares.

Louzada (2007) descreve que uma das dificuldades que reflete na qualidade da execução dos serviços e gerenciamento das ações está no contexto *sui generis* de prestação dos serviços de saúde aos indígenas e intervenções assistencialistas de enfermagem num ambiente difícil à promoção de saúde, além das barreiras encontradas na estrutura sucateada da política de saúde indígena. Segundo a PNASPI (2002) reconhecer a diversidade sociocultural indígena, considerar e respeitar seus sistemas tradicionais de saúde são fundamentais para executar ações e projetos de propostas de prevenção, promoção e educação em saúde, adequados ao contexto da realidade local indígena.

3.1.4 Agente Indígena de Saneamento (AISAN) na EMSI

A participação dos indígenas nas EMSI é uma das prerrogativas para que as ações de saúde aconteçam nas aldeias. Sem o Agente Indígena de Saúde (AIS) e o Agente Indígena de Saneamento (AISAN) torna-se difícil a entrada das equipes em área para executar os serviços. Langdon e Diehl (2007) comentam que a inclusão dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) nas ações e serviços de atenção primária à saúde indígena deu a partir da década de 80, seguindo a tendência verificada para a população não-indígena, conforme recomendou a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978, na Declaração de Alma-Ata. Comentam ainda que o AIS não é visto como um mero distribuidor de medicamentos, mas como o "elo de ligação" entre as sociedades indígenas e o sistema de saúde diferenciado."

A partir dessas dificuldades encontradas pela FUNASA e pensando na necessidade de promover a autonomia dos indígenas dentro das suas aldeias, o DENSP intensificou suas ações de saneamento em terras indígenas com contratações e capacitações dos indígenas, naquelas aldeias onde foram implantados os sistemas de abastecimento de água, para que esses usuários tivessem sustentabilidade⁹ para gerir os sistemas de água e assim incentivar e envolver a sua comunidade nas ações de saúde e educação ambiental, estimulando-os à busca pela própria autonomia sem interferências externas dos profissionais de saneamento da FUNASA, além de atender aos anseios dos próprios indígenas em ampliar sua participação na composição das EMSI. Baniwa (2006) comentou no encerramento da Oficina e Inserção Profissional dos Agentes Indígenas de Saúde e Agentes Indígenas de Saneamento-FUNASA, que:

⁹ A sustentabilidade no âmbito da Funasa está relacionada à capacidade de operação e manutenção dos serviços implantados, do ponto de vista administrativo, tecnológico, financeiro e de participação da comunidade. (FUNASA, 2007)

Com o início da socialização houve a inclusão de novas necessidades demandadas para a vida dos povos indígenas. A formação escolar técnico-científica trouxe novas expectativas, tanto no plano individual, quanto no plano coletivo, sendo, este último, muito importante para a comunidade indígena, pois é onde ela difere dos não indígenas. Trabalhar pela escolarização não é um favor, mas constitui-se em um direito para essas populações, como cidadãos. (FUNASA, 2008).

Nascimento (2012) descreve que 'sustentabilidade' tem atualmente muitas definições e que no geral remetem a dimensão ambiental, vistas pelos prismas da biologia e resiliência, das articulações entre economia e meio ambiente, com aspectos de ecoeficiência e economia verde, ou remete as dimensões da equidade social. Descreve ainda que no fundo trata-se de construir um modelo de desenvolvimento que permita conservar a natureza às futuras gerações para que possam gozar de um meio ambiente equilibrado, com garantia de que todos possam ter uma vida minimamente digna, remetendo essas ideias à justiça social onde todos possam desenvolver suas potencialidades.

No sentido de integrar os indígenas nas ações de saneamento e desenvolver suas potencialidades com tecnologias novas ao seu cotidiano, para executar os sistemas de abastecimento de água e proporcionar qualidade de vida com participação ativa nas ações de saneamento e saúde nas aldeias, a FUNASA buscou alternativas instituindo o Agente Indígena de Saneamento (AISAN), com capacitação e qualificação para operacionalizar o sistema de abastecimento de água da sua própria aldeia e também fazendo parte da EMSI. Os critérios para inclusão de um AISAN nas atividades e na EMSI é o seu interesse, aptidão e responsabilidade pelas tarefas, além de:

- a) ser escolhido pela sua própria comunidade;
- b) residir na área de atuação;
- c) pertencer preferencialmente à comunidade na qual vai atuar;
- d) ter um bom relacionamento com a comunidade;
- e) ter idade, preferencialmente, acima de 18 anos;
- f) ser alfabetizado, preferencialmente;
- g) não ter outro vínculo empregatício.

A substituição do AISAN decorre do seu pedido de afastamento voluntário das atividades; ou de ter deixado de residir na aldeia; ou ter assumido outra atividade comprometendo suas tarefas; ou por conflitos e rejeição junto à comunidade; ou por outros motivos particulares. Um dos requisitos para a inclusão do AISAN nas EMSI é

que haja a existência de sistema simplificado do abastecimento de água na aldeia. Bittencourt et al (2005) comentando sobre o AIS afirma que o critério de residir na aldeia contribui para legitimar o Agente e incentivar a participação das comunidades indígenas nas ações de saúde. Assim, também se aplicando ao Agente Indígena de Saneamento (AISAN).

3.1.5 Atividades do Agente Indígena de Saneamento (AISAN)

As influentes participações dos indígenas nos trabalhos das EMSI dentro das aldeias muitas das vezes tornam-se conflituosas e sem os resultados esperados, tendo em vista a forte hierarquização da organização social de algumas etnias que escolhem os AIS e AISAN a partir dos parentescos com os 'caciques' e muitas das vezes esses selecionados não tem o perfil adequado mas permanecem nas equipes. Para minimizar essas situações e sensibilizar os indígenas sobre a importância das ações de saúde nas aldeias, em 1999 a FUNASA instituiu o Programa de Formação do AISAN onde eles pudessem identificar os aspectos políticos, econômicas, sociais, culturais do seu território, possibilitando vislumbrar a importância das suas intervenções nas ações de saneamento da sua aldeia. Esse Programa tinha como objetivo capacitar o indígena à exercer suas atribuições dentro da sua comunidade, promovendo a operação, manutenção e funcionamento do sistema de abastecimento de água, além de:

- realizar análises de cloro residual e pH da água para consumo humano das aldeias;
- participar da operação e manutenção dos sistemas de esgotamento sanitário;
- orientar na execução e a manutenção dos módulos sanitários individuais (banheiros);
- propor solução e participar da implantação das propostas de destinação adequada dos resíduos sólidos das aldeias; (grifos meus)
- orientar a comunidade para a utilização adequada dos serviços de saneamento e para a conservação dos equipamentos implantados;
- realizar as ações de educação em saúde e ambiental; (grifos meus)

O Programa de Formação proporcionava ainda a participar da realização e atualização do censo sanitário das aldeias, monitoramento e controle da qualidade da água com orientação aos usuários indígenas sobre a utilização adequada da água nas torneiras, nos lavatórios e nos sanitários (banheiros). Embora estivesse incluída a proposta de manejo e destinação dos resíduos sólidos produzidos pela comunidade,

essa ação não era desenvolvida pela totalidade ao longo dos anos, sendo realizada de forma pontual e esporádica por alguns DSEI, uma vez que os recursos orçamentários sempre eram priorizados aos sistemas de abastecimento de água e melhorias sanitárias domiciliares (banheiros) nas aldeias, ficando as ações de resíduos sólidos tratados como uma atividade 'somente' de Educação Ambiental, desenvolvida de forma insipiente e sem propostas de trabalhos coerentes com a realidade local indígena, pelo desconhecimento que os profissionais tinham sobre como lidar com essa temática nas aldeias frente às práticas tradicionais indígenas de cuidado com as questões ambientais.

A proposta de instituir o AISAN para compor as EMSI foi idealizada de forma desarticulada entre as áreas finalísticas da saúde e saneamento. Os técnicos do DENSP elaboravam materiais (manuais, cursos, treinamentos, etc.) sem a participação do DESAI, que por sua vez realizava capacitações dos AIS sem, integração dos AISAN, o que implicou na dificuldade de incluir o AISAN nas EMSI. Somente a partir de 2007, os dois Departamentos (DENSP e DESAI) passaram a discutir estratégias em conjunto para essas capacitações. Atualmente, ainda é comum encontrar as EMSI sem a presença dos AISAN nas atividades dentro das aldeias, onde estes se limitam a executar tarefas nos sistemas de abastecimentos de água e limpeza ao redor da sua aldeia, como apoio da comunidade. Essa desintegração de atividades tem favorecido a insuficiência na qualidade da prestação dos serviços das ações estruturantes e pilares importantes das diretrizes da PNASPI, ou seja, a Saúde e Saneamento Ambiental em Terras Indígenas.

Ao longo do tempo, as equipes de saúde tem argumentado que as rotinas do AISAN são diferenciadas uma vez que envolve manutenção de sistemas de abastecimento de água, coleta de análise de água, transportes de combustíveis para manutenção dos motores e geradores, ou seja, os AISAN atuam em "campo diferenciado" nas equipes de saúde, embora todos estejam na mesma aldeia, realizando a prestação dos serviços. Nesse aspecto, verifica-se a fragmentação das ações na atenção integral aos povos indígenas pela PNASPI, que vem sob o reflexo das outras políticas públicas que deveriam ser integradoras nas ações e programas como saúde, saneamento, meio ambiente e educação, todas com um objetivo único que é a dignidade da pessoa humana, promovendo as condições saudáveis à qualidade de vida.

3.1.6 Formação do Agente Indígena de Saneamento (AISAN)

A formação do AISAN foi idealizada a partir do Programa de Formação do Agente Indígena de Saúde (AIS), implantado nas regiões do país para sua inserção nas EMSI, através de capacitação e qualificação, valorizando o indígena para o trabalho na sua própria aldeia. De acordo com a PNASPI (2002) a formação e capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não. Segundo dispõe o Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos (PROEJA), a formação de AIS e AISAN são necessárias para se implementar a política de saúde indígena, sendo estes os pilares da construção dos DSEI, visando a autonomia dos povos indígenas.

Baniwa (2008) comenta que no *processo de formação existe necessidade que os índios ampliem suas capacidades e estejam antenados à sociedade, de forma geral. Ainda prevalece a lei do mais forte (política e social)*. Comenta ainda que os indígenas precisam ter autonomia para resolver os problemas que encontram hoje, com capacidade e entendimento para discutir e encontrar soluções. O processo de formação dos AISAN, conforme prescrito no Programa de Formação dos Agentes Indígenas de Saneamento (2006) constam de duas fases: Concentração (com 280 horas) composto de 06 (seis) Sequências de Atividades e Dispersão (com 40 horas) em atividades de campo, assim distribuídos:

NA CONCENTRAÇÃO:

- Atividade 1 – Percebendo a realidade
- Atividade 2 – Entendendo o processo saúde/doença
- Atividade 3 – Operando e mantendo o sistema de abastecimento de água
- Atividade 4 – Intervindo no esgotamento sanitário
- Atividade 5 – Conhecendo e aproveitando os resíduos sólidos (grifos meus)
- Atividade 6 – Conhecendo e organizando o serviço de saneamento básico

NA DISPERSÃO:

- Levar o Aisan a compreender e a assumir seu papel na comunidade;

- Preparar o Aisan para se tornar uma referência, um agente transformador da sua realidade na área de saneamento nas aldeias, com uma postura pró-ativa e crítica, tendo uma visão ampla das necessidades da comunidade onde atua.

Na concentração, os indígenas são observados atentamente pelo instrutor que orienta os alunos a aprofundar as discussões de temas relacionados ao saneamento, apresentando conceitos para reflexão na busca de conhecimentos novos levando-os a ampliar sua visão a respeito do tema abordado e repensar valores, reelaborar conceitos e corrigir sua atuação nas atividades práticas, com enfoque na realidade local. É no período de concentração quando são apresentados os instrumentos tecnológicos que compõem um sistema simplificado de abastecimento de água e os indígenas se deparam com conhecimentos e materiais diferentes do seu cotidiano nas aldeias, como: alicates, chaves de fendas, trenas, tubos e conexões de PVC de vários tamanhos e diâmetros, adesivos veda-rosca, torneiras, registros de água, torneamento dos canos, conforme Fotografia 12 – Curso de Formação do AISAN (Funasa, 2007).



Fotografia 12 – Curso de Formação de AISAN (Fonte: FUNASA, 2007)

Eles aprendem também a fazer anotações das medidas das encanações e tubulações necessárias à construção de um sistema de abastecimento de água, sendo importantes os conhecimentos básicos da matemática e quando for para a parte prática, na sua própria aldeia, realizar o que aprendeu na concentração, assumindo assim um novo papel na comunidade – o de Agente Indígena de Saneamento (AISAN). *A ciência acadêmica não permite outro saber que não seja o produzido por ela. É preciso encontrar um ponto de equilíbrio entre as ciências e os vários saberes*

(BANIWA, 2008). Durante os períodos de ensino/aprendizagem o Instrutor deve ter um maior grau de atenção e dedicação com o desempenho e desenvoltura dos alunos na oficina, pois é nesta fase que muitos dos AISAN desistem por não conseguir assimilar os ensinamentos. A FUNASA (2006) descreve que a dispersão constitui uma das fases mais importantes da formação do AISAN, por isso as atividades nesse momento devem ser planejadas conciliando com as demais atividades a serem desenvolvidas por ele na sua comunidade como caçar, pescar, roçar, entre outras.

Na aldeia, o aluno é acompanhado pelo Instrutor em todos os instantes de sua atividade, sendo este o período de avaliação dos ensinamentos adquiridos durante a concentração. De acordo com a ilustração na Fotografia 13 – Dispersão do Curso de Formação de AISAN, Funasa 2006, os alunos são levados a praticar as tarefas de encanações e utilização das bombas dos sistemas simplificados de abastecimento de água aprendendo a realizar os pequenos consertos nas caixas d'água, em suas próprias aldeias.



Fotografia 13: Dispersão do Curso de Formação de AISAN (Fonte: FUNASA 2007)

O aluno passa a conhecer e atuar com tarefas de manutenção dos sistemas de abastecimento de água e se responsabilizam pela previsão dos custos com peças de reposição, ferramentas e combustíveis para movimentar o sistema, buscando o envolvimento da comunidade, sendo considerado pelos Instrutores, que esse é um momento mais prazeroso para eles, os alunos indígenas, que ficam mais tempo junto aos seus entes queridos e cuidando, na prática, da melhoria da sua comunidade, podendo sair um pouco para nadar, pescar, caçar. De acordo com a FUNASA (2006)

essa avaliação não é concebida como um momento separado ou independente do processo de ensino, mas pensada como uma atividade permanente e indissociável da dinâmica ensino-aprendizagem, permitindo acompanhar o avanço do Agente Indígena de Saneamento (AISAN), detectando em tempo real as dificuldades, ajustando/reajustando o ensinamento às características nos diferentes contextos intercultural, a fim de possibilitar o aprimoramento da sua formação e conseqüentemente do Programa.

Nas atribuições do AISAN estão relacionadas àquelas direcionadas aos resíduos sólidos, fazendo parte do processo de formação dos AISAN, na Atividade 5 (26 horas/aulas) tendo como objetivo geral o *Compreender os problemas gerados para a natureza e homem pela destinação inadequada do 'lixo', bem como a identificar soluções que possam ser discutidas e implementadas com a comunidade na aldeia ou bairro*, tendo como os objetivos específicos:

- *conceituar e identificar os tipos de lixo produzidos em sua aldeia;*
- *identificar e refletir coletivamente sobre os problemas gerados pelo lixo exposto para as pessoas e para o meio ambiente;*
- *elaborar proposta para minimizar os problemas gerados pelo lixo em sua comunidade;*
- *preparar e realizar atividades de educação em saúde retomando o conteúdo estudado nessa sequência. (FUNASA, 2000)*

No Caderno “Ficha de Acompanhamento das Atividades do AISAN” contem orientações sobre as tarefas relacionadas aos resíduos sólidos dentro da aldeia com sensibilização da comunidade sobre a limpeza dos ambientes domiciliares, campanhas sobre a higiene das moradias e dos locais coletivos das aldeias (escolas, centros, hortas comunitárias e outros). Na Ficha, o AISAN tem como uma das tarefas o preenchimento dos seguintes dados: 1) Identificação do DSEI, do Polo Base, da aldeia ou bairro, do município, seu nome e o nome Instrutor; e 2) Produção diária dos serviços; com as seguintes orientações:

2.25 – Orientação para instalação de lixeiras:

anote a quantidade de lixeiras instaladas nas aldeias, com sua orientação.

2.26 – Orientação para recolhimento do lixo do posto de saúde:

anote a quantidade de vezes que orientou o recolhimento de lixo do Posto de Saúde.

2.27 – Construção de fossa para lixo;

anote a quantidade de fossas para o lixo que trabalhou ou acompanhou.

2.32 – Campanhas de limpezas domiciliares;

anote a quantidade de campanhas realizadas com a comunidade para limpeza das casas, dos quintais e terrenos.

2.33 – Campanhas de limpeza dos locais coletivos das aldeias (escolas, posto de saúde, hortas comunitárias, ruas, etc.);

anote a quantidade de campanhas realizadas com a comunidade para limpeza dos locais coletivos.

Segundo a FUNASA (2000) o Curso de Formação dos AISAN “objetiva preparar o indígena para, dentre outras atividades, ajudar a comunidade a identificar seus próprios problemas e adquirir maior controle sobre a sua saúde, sendo ele um elemento essencial na Equipe de Multidisciplinar de Saúde Indígena, que com o AIS poderiam fazer a integração entre a comunidade e a rede do subsistema de saúde e saneamento ambiental em terras indígenas, mas o que se observa na prática é uma desarticulação na formação desses indivíduos. O Curso de Formação do AIS vem ocorrendo ao longo dos anos, de forma separada e com profissionais instrutores de categorias distintas, ou seja, para os AIS os instrutores são profissionais de saúde (Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões Dentistas, etc.) enquanto os AISAN são os profissionais do saneamento (Engenheiros, Engenheiros Mecânicos, técnicos de Saneamento, etc.) que ministram os cursos, não havendo uma transdisciplinaridade nessas formações, o que deixa em contradições as afirmativas de integração, proposta pelo órgão que cuida da saúde e saneamento ambiental indígena.

Outro fator de fragilidade desse curso foi que ao longo do tempo ocorreram baixa e desarticulada execução, provocados pelos entraves burocráticos na operacionalização, uma vez que os procedimentos administrativos de solicitação para realização do Curso era concebido no nível regional da FUNASA e enviado ao nível central em Brasília, com tramitação em vários setores: Departamento de Engenharia de Saúde Pública (DENSP), Departamento de Saúde Indígena (DESAI), Coordenação-Geral de Recursos Humanos/Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CGERH/CODAR) e Assessoria de Comunicação (ASCOM), enquanto o nível regional aguardava o ‘pesado’ fluxo dessa tramitação até as decisões finais, sendo muitas das vezes inviabilizada a execução pelas intempestividades nos

trâmites o que causava perda de prazos, afetando sobremaneira as ações propostas nos DSEI. Essas implicações tinham como causa primária a subordinação administrativa dos DSEI às Coordenações Regionais, o que acarretou uma perda de qualidade na prestação dos serviços nas aldeias, pelos AIS e especialmente AISAN, importantes disseminadores de informações sobre qualidade de vida e ambiente, nas suas aldeias.

CAPÍTULO 4

DSEI MÉDIO RIO PURUS, AMAZONAS: um estudo de caso sobre a gestão de Resíduos de Serviços de Saúde em Terras Indígenas

O DSEI Médio Rio Purus foi criado em 1999 e vem atuando na prestação de serviços de saúde aos povos indígenas de 10 etnias (Gráfico 5 – Povos indígenas do DSEI Médio Rio Purus/AM), totalizando aproximadamente 7.635 índios, distribuídos em 87 aldeias, numa extensão territorial de 158.162,20 Km² envolvendo três municípios: Lábrea, Canutama e Tapauá que fazem parte da microrregião do Purus e mesorregião do Sul do Amazonas, limítrofes com os municípios de Humaitá/AM, Pauini/AM, Anori/AM, Beruri/AM, Manicoré/AM, Itamarati/AM, Carauari/AM, Tefé/AM e Coari/AM, além dos municípios dos Estados do Acre e Rondônia. As etnias Apurinã e Paumari são as que estão mais concentradas no município de Lábrea e as etnias Deni e Zuruahá as mais distantes da Sede do Distrito.

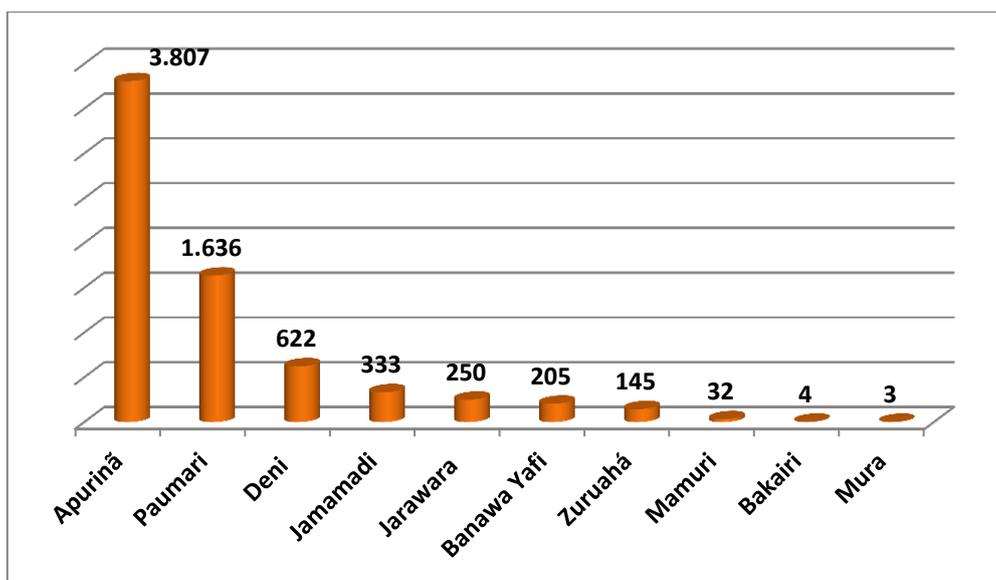
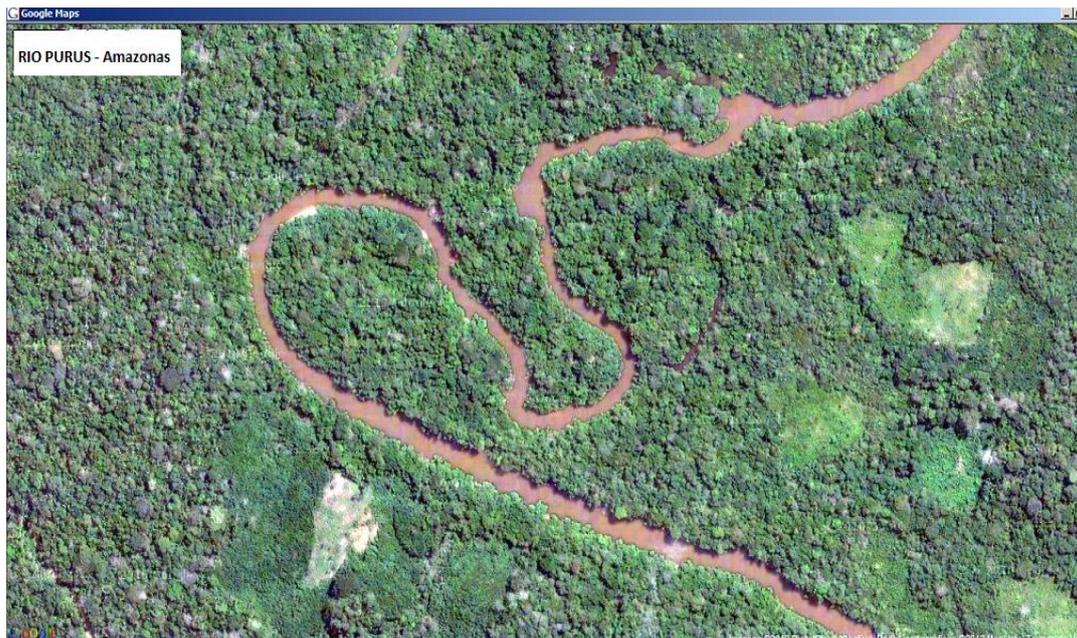


Gráfico 5 – Povos indígenas do DSEI Médio Rio Purus/AM Fonte (SIASI/MS, maio-2012)

Parte destes municípios margeia o rio Purus, considerado um dos mais importantes afluentes do rio Amazonas, com uma extensão fluvial em cerca de 3.500 km² de curvas muito sinuosas, entrando pelo estado Acre na altura do município de Santa Rosa do Purus, passando pelo estado do Amazonas e desaguando no rio Solimões, conforme Fotografias 14 e 15 – Rio Purus, Amazonas. As curvas com sinuosidades estreitas ou largas dificultam a navegabilidade nessa região, especialmente no período das vazantes.



Fotografia 14 - Rio Purus, Amazonas Fonte: www.googlemap.com.br



Fotografia 15 - Rio Purus, Amazonas Fonte: www.googlemap.com.br

No período das secas ou vazantes, como é chamado pelos moradores da região, as embarcações não conseguem navegar com facilidade, em virtude dos encalhamentos nos barrancos de terras ou nas pedras, além dos troncos de árvores caídos que flutuam no rio, fazendo com que as viagens sejam mais demoradas. Já nos períodos das cheias há uma relativa facilidade, chegando a reduzir o tempo das viagens quase pela metade, uma vez que os atalhos dos igarapés, conhecido com “furos”, diminuem os percursos das curvas acentuadas do rio. Por isso, a região de abrangência do DSEI Médio Rio Purus é um dos que se apresentam como de difícil acessibilidade para a prestação de serviços de saúde nas aldeias, sendo quase 90%

dos deslocamentos são através de transportes fluviais, utilizando-se embarcações com motores de 15 - 25 - 40 e até 200 HP, além das 'rabetas' de 4,5 - 5,5, 8 e 13 Hp. Naqueles locais em que o acesso por via fluvial é impossível, são utilizadas aeronaves monomotores e helicópteros nos deslocamentos até certo ponto da viagem e depois estes são realizados por via terrestre através de longas caminhadas, por cerca de 9 a 12 horas, dependendo das condições em que as chuvas ou as secas deixaram os cenários das trilhas nas matas. Esses cenários climáticos é que fazem a diferença nas prestações dos serviços de saúde, dentro das terras indígenas.

Quanto as vias de acesso à Manaus, local de referência dos atendimentos de média e alta complexidade, são percorridos nas seguintes distâncias: Lábrea, nas vias áreas em linha reta são cerca de 710 Km e por via fluvial são cerca de 1.672 Km; Canutama, somente via aérea em linha reta são cerca de 620 Km; e Tapauá, por via aérea em linha reta são cerca de 450 Km e por via fluvial são cerca de 1.228 Km. Os acessos aos estados do Acre e Rondônia também são realizados por vias aéreas, fluviais e terrestres. Para chegar à capital Porto Velho/RO por via terrestre são percorridos 400Km pela rodovia Transamazônica, sendo que de Lábrea até Humaitá a rodovia é de terra batida (não pavimentada) em cerca de 200Km, seguindo de estrada pavimentada até Porto Velho. Quando chove na região a estrada fica intransitável por um período de aproximadamente 04 (quatro) meses do ano, sendo utilizados os transportes aéreos de até 30 minutos de vôo para Porto Velho/RO ou embarcações, conhecidas na região como "Recreio", que duram de 03 a 04 dias de viagem, por via fluvial.

É importante destacar que a maioria dos DSEI da Amazônia Legal enfrentam esses desafios naturais para executar ações de atenção à saúde, devido ao alto grau de dificuldades dos acessos às aldeias indígenas. Na estiagem algumas aldeias do DSEI Médio Rio Purus ficam praticamente isoladas, exigindo muitas horas de caminhadas para serem alcançadas. Esses trajetos são percorridos pelas equipes em condições climáticas adversas, em embarcações de pequeno porte onde são disputados os espaços dos profissionais com suas bagagens pessoais, caixas de materiais (medicamentos, insumos, alimentos, motosserras, remos, galões de combustíveis, botijões de gás natural, etc. sob chuva constante ou sol escaldante. É comum as viagens serem interrompidas para que se possa desobstruir o caminho, por árvores caídas dos barrancos no meio dos igarapés, sendo necessário o uso de motosserras para realizar essas tarefas e permitir a passagem da embarcação.

4.1 PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS ALDEIAS

As atividades de planejamento, organização e operacionalização das ações de saúde indígena são realizadas pelo DSEI Médio Rio Purus, tendo sua sede funcionando em imóvel próprio, na rua Dr. João Fábio, 1907, CEP 69.830-000, no município de Lábrea/AM, E-mail dseimpu.sesai@saude.gov.br, telefone (97) 3331-1020. No período deste estudo, a Coordenadora Distrital alguns meses antes havia assumido as funções com a finalidade de organizar os serviços técnico-administrativos, por um período de 02 anos, tendo em vista a nova estrutura organizacional autônoma, com um quantitativo de pessoal atuando na prestação dos serviços, ilustrado no Gráfico 6 – Força de trabalho do DSEI Médio Rio Purus/AM, a seguir.

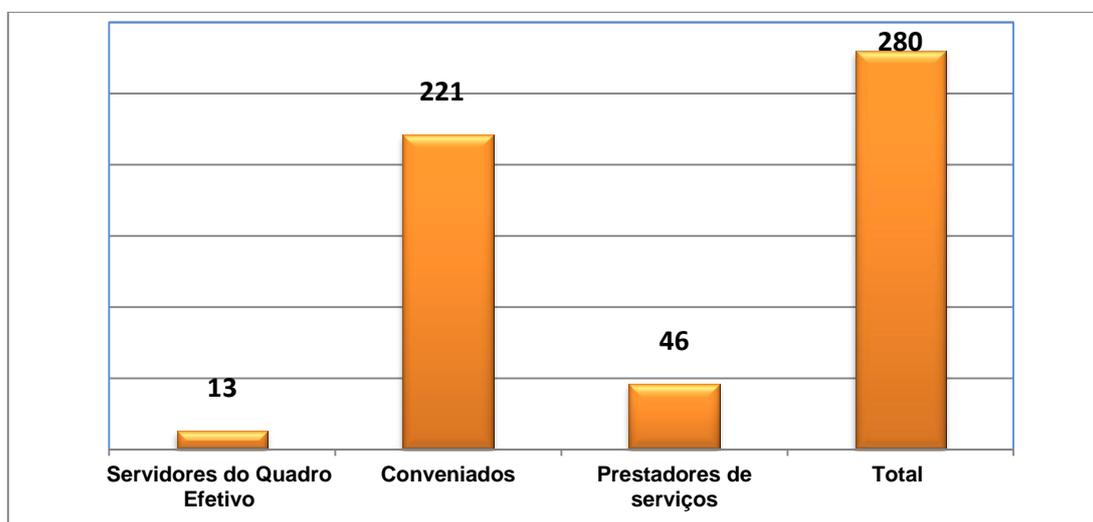


Gráfico 6 – Força de trabalho do DSEI Médio Rio Purus Fonte: DSEI MRP-AM, 2012

Conquanto a tão sonhada autonomia alcançada pelos povos indígenas que lutavam há mais de 10 anos desde a criação dos DSEI, ainda persistem as fragilidades históricas no quadro de pessoal com insuficiência de servidores públicos e já com tempo para se aposentar, também com contratações de profissionais de forma precarizada, através de convênio firmado com a Organização Não Governamental Missão Evangélica Caiuá, onde 73 destes contratados são os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e apenas 16 Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), além das contratações com prestadoras de serviços que dão suporte nas áreas administrativas do DSEI.

No que se refere as ações de saúde estas são realizadas numa rede interiorizada nas terras indígenas, constituída por 16 (dezesesseis) EMSI que atuam nos

pequenos Postos de Saúde dentro das aldeias, 10 Polos Bases instalados nas periferias ou dentro das terras indígenas e em 02 Casas de Apoio a Saúde do Índio (CASAI), localizadas próximo às áreas urbanas dos municípios de Lábrea e Tapauá. Quando não há resolutividade das ações nas aldeias o paciente indígena é encaminhado através dos Polos Bases à uma referência local no município mais próximo (Lábrea, Canutama ou Tapauá) ou na referência estadual, em Manaus/AM. Ultimamente, o DSEI Médio Rio Purus vem utilizando as referências interestaduais, ou seja, os estabelecimentos de saúde de Rondônia e Acre, considerando a proximidade com o município sede do Distrito. Durante a permanência fora da aldeia os pacientes indígenas são acolhidos e alojados na CASAI de Lábrea ou Tapauá, ficando nesse estabelecimento de saúde até a sua total recuperação, conforme já mencionado anteriormente.

As atividades do DSEI Médio Rio Purus são baseadas nos quantitativos de habitantes indígenas a serem assistidos, observando sua dispersão ou concentração, o perfil epidemiológico, considerado informação importante para o planejamento das ações, a acessibilidade nas necessidades especiais e diferenciadas no controle das principais doenças que atingem esses habitantes, o que subsidia definir a formação das EMSI, insumo, equipamentos e logística de deslocamento às aldeias. De acordo com VIGISUS (2009) é indiscutível o conhecimento atual acerca dos povos indígenas, que por mais semelhantes que possam parecer pelos demais municípios, principalmente nos locais com contato antigo, suas aldeias, terras e acampamentos apresentam diferenças tanto no espaço social quanto nos indicadores epidemiológicos e que na maioria demandam ações e intervenções específicas e diferenciadas, tendo em vista que as essas intervenções/ações são diversificadas dos demais grupos sociais de um município.

4.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO DSEI MÉDIO RIO PURUS

As informações sobre o perfil epidemiológico de uma população constitui instrumento importante para planejar, organizar e executar os serviços de saúde individual e coletiva. Segundo Garnelo (2012) os impactos epidemiológicos das transformações culturais e socioeconômicas dos contatos entre as sociedades indígenas e a sociedade envolvente assumem contornos particulares nos grupos indígenas, podendo determinar diferentes perfis epidemiológicos dentro de um mesmo grupo, relacionados aos determinantes locais e regionais, como demografia, estratégias de subsistência, relações políticas e econômicas, relações socioculturais

com os não indígenas, além de outros fatores. O perfil epidemiológico do DSEI Médio Rio Purus envolve doenças do aparelho respiratório (Insuficiência Respiratória Aguda-IRA), parasitoses intestinais, diarreias funcionais e cefaléia ou dores de cabeça, além das doenças de pele. As doenças parasitárias intestinais e diarreias são provocadas por veiculação hídrica, ou seja, o contato com a água sem tratamento pela baixa qualidade nos serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário, acumulação do lixo em locais inapropriados, condições inadequadas de moradia. Pena e Heller (2007) assinalam que os resíduos sólidos são componentes importantes do perfil epidemiológico de uma população, os quais exercem influências ao lado de outros fatores como a quantidade e qualidade da água consumida e a disposição inadequada do esgotamento sanitário, sobre a incidência das doenças.

Dentre as doenças que representam o perfil epidemiológico do Distrito estudado, está presente a doença de maior magnitude que é a malária, apelidada pelos indígenas como “a fofoqueira da região” juntamente com a “outra companheira e fofoqueira a diarreia”. A malária é considerada endêmica na região da Amazônia Legal e é transmitida ao ser humano por parasitas conhecido como “plasmódio” e é através da picada do mosquito fêmea *anófeles* que a pessoa se contamina e transporta o parasita no sangue. Quando o mosquito pica a pessoa contaminada, ele leva o parasita a outras pessoas através da picada que passam a apresentar febres constantes em períodos irregulares, frio intenso, dores de cabeça, náuseas, fadigas. Nas crianças, essa doença pode provocar diarreias, anemias, tosse, insuficiência respiratória, podendo causar a pneumonia. Segundo dados da FUNASA (2007) dos quatro tipos de malária existentes o *Plasmodium falciparum* é a mais agressiva, com alto grau de letalidade humana. Essa doença está concentrada com maior incidência nos estados do Amazonas, Pará, Mato Grosso e Maranhão.

No DSEI Médio Rio Purus, entre os meses de janeiro a novembro de 2012, a malária do tipo *Plasmodium Vivax*, considerada a mais branda afetou as populações indígenas de 07 (sete) Polos Bases, conforme demonstra o Gráfico 7 - Distribuição dos Casos de Malária por Pólo Base - Jan a Nov/2012, dentre estes está o Polo Base Iminaã, que fica distante do município de Lábrea em cerca de 01 (uma) hora por via fluvial, no período de verão e 30 (trinta) minutos no período invernos.

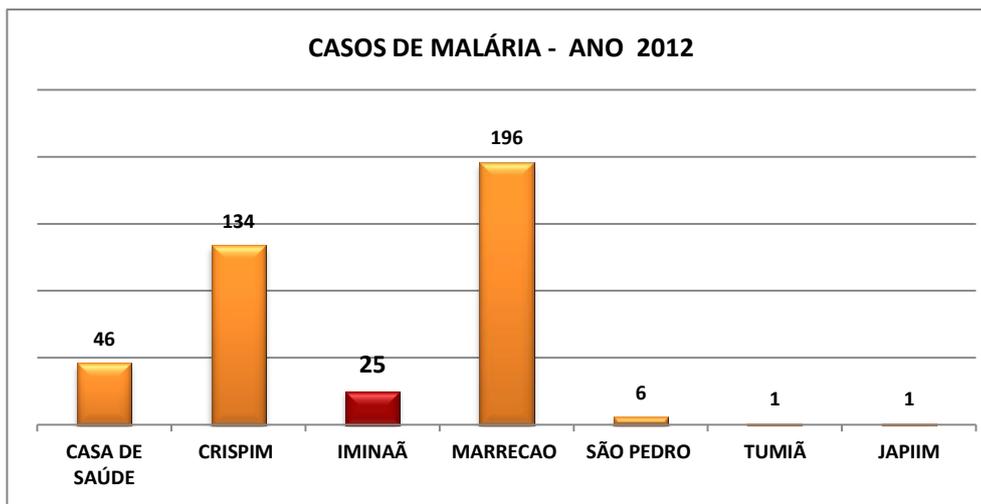


Gráfico 7 - Distribuição dos Casos de Malária por Pólo Base - Jan a Nov/2012
(Fonte: SIASI/DSEI MRP-AM, Nov-2012)

De acordo com o MS (2009) os fatores relacionados à transmissão da malária na região da Amazônia Legal esta relacionada aos fatores biológicos (alta densidade de mosquitos), geográficos (altos índices de pluviosidade, amplitude da malha fluvial e grande cobertura vegetal), ecológicos (desmatamentos, construções de hidrelétricas, estradas, sistemas de irrigação) e sociais (grande número de grupos populacionais residindo em habitações próximos as matas e criadouros), sendo acentuada pelo aumento das expansões com extrações de madeira, agropecuária e outros recursos naturais, desalojando os hospedeiros da malária, do seu habitat natural, que buscam outros locais para reproduzir.

Segundo informações colhidas junto a área técnica do Distrito Sanitário, entre esses meses (janeiro a novembro) não foram detectados casos da malária agressiva. É importante ressaltar as dificuldades reais em se notificar casos de doenças entre as populações indígenas em locais de difícil acesso, sendo a subnotificação um dos problemas crônicos das instituições públicas que gerenciaram as políticas de saúde indígena, desde épocas anteriores. No caso do Polo Base Iminaã, objeto de estudo, as doenças mais comuns são as parasitoses intestinais, as diarreias “a fofoqueira”, as gripes, seguidas das cefaleias ou dores de cabeça, sendo um dos polos que tem menor taxa de mortalidade, embora afetados por doença endêmica e de grande magnitude como a malária “outra fofoqueira” que debilita os indígenas, estando no quarto lugar em números de casos de malária *Plasmódium vivax*, no ano de 2012, conforme ilustrado no Gráfico 7 – Distribuição dos Casos de Malária por Pólo Base - Jan a Nov/2012.

4.3 RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO POLO BASE IMINAÃ

“Menina... agente tem muita coisa para trazer de volta da aldeia, as caixas, os equipamentos, bujão de gás, botijão de gasolina, garrafão de água para beber na viagem, motosserra e tu tá querendo que agente ainda ache espaço para botar lixo na voadeira? rs..rs... Agente enterra o lixo lá mesmo atrás do Polo e vem somente com os perfuro-cortantes, que não toma espaço na voadeira, de preferência dentro de garrafa pet que toma menos espaço e é mais seguro que o descarpack. Nossa! ... pensa que é fácil...rs..rs..”(sic). Este foi um relato, quase desabafo, de um dos profissionais de saúde, no ano de 2002 quando, depois de uma longa permanência em uma aldeia indígena de difícil acesso da região amazônica, havia retornado ao seu Distrito Sanitário e respondeu sobre os resíduos de saúde produzidos na aldeia. Este relato é um retrato real do que continua a ocorrer no cotidiano das atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde que promovem a “proteção” à saúde e saneamento ambiental nas aldeias de quase todos os DSEI das regiões de difícil acesso, especialmente do Norte e Centro Oeste do país.

4.3.1 Características do Polo Base Iminaã

O Polo Base Iminaã está localizado dentro da aldeia Araçá, banhada pelo rio Igarapé do Araçá e Ituxi, descendo as calhas do Rio Purus, distante 01 (uma) hora do município de Lábrea, por via fluvial em voadeira com motor de 15Hp. O tempo de deslocamento está intrinsecamente associado às condições sazonais do clima da região, ou seja, em períodos de verão as viagens por via fluvial tornam-se demoradas e longas em consequência das vazantes dos rios e igarapés, e no período invernososo é possível desviar-se do curso do rio e encurtar significativamente o tempo das viagens. As Fotografias 14 e 15 – Rio Purus, Amazonas ilustram as grandes curvas do rio Purus. Quando o rio está cheio é possível atravessar os igarapés e diminuir consideravelmente a viagem.

Para se chegar até a aldeia Araçá é preciso fazer uma caminhada de uns 20 minutos em trilhas na mata, após deixar o rio Purus e estacionar a voadeira às margens do igarapé do rio Ituxi, afluente do Purus. Os indígenas de Araçá são das etnias Apurinã e Paumari e alguns não indígenas que formaram famílias com os indígenas e vivem da agricultura de subsistência com plantações de macaxeira, batata doce, alguns poucos legumes (abobora, milho, maxixe, etc.), frutas como a banana, o melão e a melancia, pescam e caçam, sendo este último ainda com relativa

abundância na região do Médio Purus, segundo informações colhidas pelos AIS e AISAN do Polo Base. Durante a visita um morador havia trazido uma grande tartaruga para preparar nas suas refeições e comentou que ainda existem muitos animais de caça naquela região.

Quanto as características do Polo Base, objeto deste estudo, este atende populações indígenas das aldeias Araçã, Capurana, Cujubim, Ilha da Onça, Ilha Verde, Jacamim, Lago do Itacuapé, Lago do Recursos, Nova Bandeira, Pedreira do Amazonas, São Sebastião e Sisibú. A sua construção foi feita no ano de 2000, com recursos repassados da FUNASA à Organização dos Povos Indígenas do Médio Rio Purus (OPIMP) e se mantém com a mesma estrutura física de madeira, medindo 7,50 x 6,30 metros quadrados, sendo a parte interna dividida em 02 (dois) quartos, 01 (um) banheiro com chuveiro encanado e o vaso sanitário que fica no espaço conjugado e reservado, 01 (uma) sala para atendimento, 01 (uma) sala que guarda os medicamentos, insumos e pequenos equipamentos (estetoscópio, balanças, etc.), 01 (um) pequeno corredor e 01 (uma) cozinha para realizar as refeições da EMSI, com fogão de quatro bocas, mesa com duas cadeiras, prateleiras para guarda dos mantimentos, uma pia com água encanada.



Fotografia 16 - Polo Base Iminaã, aldeia Araçã, nov/2012
Autor: Francisco Vieira (Técnico de Saneamento DSEI MRP-AM, 2012)

Na parte externa foi construída uma varanda que circula todo o Polo Base. Atrás do Polo foi instalada uma caixa d'água e um pequeno espaço em madeira, armado e suspenso em palafitas, guardando o gerador de energia elétrica de 2,5 Kva.

Embora o Polo Base não tenha se beneficiado com quaisquer reforma ou pintura, desde a sua construção em 2000, ainda se mantém em estado de conservação regular para uso e atendimentos elementares e básicos aos indígenas, conforme ilustra a Fotografia 16 – Polo Base Iminaã, aldeia Araçá, nov/2012.

A população indígena assistida é em torno de 521 pessoas indígenas, sendo 259 do sexo masculino e 262 do sexo feminino, falantes 100% da língua portuguesa, conforme dados extraídos do Sistema de Informações de Atenção a Saúde Indígena (SIASI). Na aldeia Araçá vivem 68 indígenas composto em 14 famílias, com 11 moradias todas construídas em madeira, afastadas uma das outras de forma linear e bem espaçadas entre si, em terreno é plano e firme. A exceção da pequena escola indígena que fica ao lado do Polo Base Iminaã.

Ao redor de toda a aldeia o capim havia sido cortado recentemente e não havia sinais de resíduos sólidos às vistas, ou seja, a aldeia aparentava-se limpa. Aproximadamente a 40 metros das moradias existe um pequeno campo de futebol que, segundo relato de um morador indígena que nos acompanhava, é usado no final do dia quando o sol está mais brando e também é quando eles retornam das atividades de pesca e caça. Nos fundos de algumas das moradias alguns sacos de plásticos estavam pendurados em ganchos improvisados com arame, onde acondicionavam alguns resíduos sólidos (latas de conservas, garrafas pet, pacotes de embalagens, papéis, etc). Nos terrenos atrás dessas moradias haviam pequenas plantações de legumes, frutas, folhas verdes e pequenas jardins, pequenas compostagens de cascas de frutas e verduras.

Os benefícios sociais do Governo Federal já fazem parte do cotidiano da aldeia Araçá, com a inclusão do Programa Bolsa Família que faz a diferença nos hábitos alimentares e cotidiano dessas populações, uma vez que vem facilitando a aquisição de gêneros alimentícios industrializados (refrigerantes, iogurtes, manteiga, balas, sal, açúcar, chocolates, sucos engarrafados, etc;), além de objetos e materiais como lanternas, pilhas, celulares, etc, comprados no comércio local do município de Lábrea. Fato constatado através de conversas mantidas com o AISAN, que manifestou preocupação com as muitas pilhas que estão ‘invadindo’ a aldeia e ele tenta chamar a atenção dos moradores para “não sujar o chão da aldeia”. A aldeia ainda não tem energia elétrica do Programa Luz Para Todos, mas já está em fase de implantação com postes instalados com fios de energia elétrica ao longo das margens do rio Purus,

em aproximadamente 20 minutos de distância dessa aldeia, em voadeira 15 Hp, no período de verão.

A água para consumo humano da aldeia Araçá é abastecida por intermédio de 01 (um) poço artesiano construído e doado pela Arquidiocese de Lábrea para atender as demandas dos indígenas. A doação ocorreu em 1995, anterior à criação do DSEI Médio Rio Purus. Quanto às melhorias sanitárias domiciliares existem 02 (duas) fossas negras, mas o esgotamento sanitário domiciliar (das cozinhas e dos banhos) do Polo Base e das demais moradias indígenas corre a céu aberto em valas rasas. É notório que as intervenções básicas como o abastecimento de água para consumo humano, o esgotamento sanitário, a destinação adequada dos dejetos humanos e a destinação final dos resíduos sólidos são pilares de sustentabilidade da saúde individual e coletiva de uma sociedade, desde a história antiga da humanidade.

Segundo a FUNASA (2004) o abastecimento de água e o esgotamento sanitário são intervenções promovidas com objetivo de atender às necessidades básicas de saneamento das famílias indígenas, propiciando água em quantidade e qualidade, bem como instalações sanitárias mínimas, compreendendo um conjunto de alternativas técnicas, de caráter individual ou coletivo, visando garantir o uso adequado da água e o destino adequado para os dejetos e águas servidas. As práticas sanitárias exercidas pelo órgão 'sanitário', que tem como propósito levar as condições ambientais saudáveis às populações indígenas, ainda está distante do ideal de se garantir condições saudáveis, isso porque ainda persistem ao longo da história as fragilidades nas articulações para integração dessas duas grandes ações estruturantes – Saúde e Saneamento Básico –, o que tem refletido na qualidade da prestação desses serviços específicos nas terras indígenas.

A ANVISA (2006) define as práticas sanitárias como um conjunto de procedimentos adotados com vistas a manutenção da qualidade sanitária dos bens oferecidos e serviços prestados, com garantia de proteção à saúde humana e meio ambiente. Como bem afirma Garnelo (2012) as práticas sanitárias na saúde indígena vêm se caracterizando pela fragmentação dos procedimentos e ausência de ações intersetoriais capazes de garantir ações como segurança alimentar e adequadas condições de saneamento, distanciando-se do princípio da integralidade.

4.3.2 Atividades da EMSI nas aldeias do Polo Base Iminaã

As EMSI que atuam no Polo Base é composta por um Enfermeiro, um Técnico de Enfermagem, dez AIS e somente dois AISAN, sendo que cada AIS acompanha a EMSI durante toda a permanência na sua aldeia e os AISAN acompanham somente naquelas aldeias onde existem sistema de abastecimento de água. As atividades das EMSI nas aldeias são realizadas de acordo com o planejamento elaborado à cada atividade, cumprindo uma escala de trabalho de 30 dias em área, por 15 dias de folga, conforme pactuado com a Conveniada Missão Evangélica Caiuá e em conformidade com o PDSI quadriênio. A programação de entradas nas aldeias em geral é elaborada a partir do perfil epidemiológico que se apresenta em cada Polo Base ou quando exigida, por parte das equipes fixas (enfermeiros, técnicos de enfermagem e AIS) que sejam mobilizados outros profissionais para intensificar alguma ação. Assim, em menor número, os Médicos, Odontólogos, Agentes de Endemias, Nutricionistas, passam a compor a equipe durante certo período, os quais cumprem programações diferenciadas, de acordo com essas demandas.

As entradas das EMSI nas aldeias é motivo de expectativa, exigindo do profissional de saúde um cuidado redobrado com a organização e conferência dos materiais, insumos e equipamentos e também dos seus pertences pessoais que leva na viagem, conforme ilustra a sequência de Fotografias 17 a 20 – Materiais armazenados na residência do profissional, embarque para Polo Base Iminaã e Deslocamento ao Polo Base Iminaã.



Fotografia 17 – Materiais armazenados na residência do profissional de saúde



Fotografia 18 – Embarque para Polo Base Iminaã. Fonte: DSEI Médio Purus, 2012



Fotografia 19 – Embarque para Polo Base Iminaã.
Fonte: DSEI Médio Purus, 2012



Fotografia 20 – Deslocamento ao Polo Base Iminaã. Fonte: DSEI Médio Purus, 2012

A fatura de materiais, equipamentos, caixas, sacolas, pertences pessoais, etc, favorece a geração de resíduos sólidos urbanos transportados à aldeia do Polo Base, além dos resíduos de saúde que são produzidos por lá durante todo o período de permanência das EMSI. A entrada da EMSI durante esta pesquisa envolveu a ação de prevenção contra a doença das Hepatites Virais, do Programa DST/Aids constante do Plano de Ação 2012, extraído do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI).

4.3.3 Ação do Programa DST/Aids e Hepatites Virais

De acordo com Ministério da Saúde (2010) a hepatite viral é uma doença infecciosa que leva a inflamação do fígado causada por vírus, uso de alguns remédios, drogas, doenças autoimunes e nem sempre apresentam sintomas, por ser considerada uma doença silenciosa, e quando se manifesta o indivíduo apresenta cansaço, febre, mal estar, tonturas, enjôo, vômitos, dores abdominais, olhos e pele amareladas, fezes claras e urina escura. Quando o indivíduo é diagnosticado, o fígado já está comprometido dificultando sua recuperação e levando-o ao óbito. Ainda, de acordo com o Ministério da Saúde (2010) no Brasil as hepatites virais mais comuns são as causadas pelos vírus A, B e C. Existem ainda os vírus D e E, esse último mais frequente na África e na Ásia. Milhões de pessoas no Brasil são portadoras dos vírus B ou C e não sabem. Os vírus das hepatites A e E apresentam apenas formas agudas de hepatite (não possuindo potencial para formas crônicas). Isto quer dizer que, após uma hepatite A ou E, o indivíduo pode se recuperar completamente, eliminando o vírus de seu organismo.

Por outro lado, as hepatites causadas pelos vírus B, C e D podem apresentar tanto formas agudas, quanto crônicas de infecção, quando a doença persiste no

organismo por mais de seis meses. Essas doenças são de notificação compulsória, ou seja, sua ocorrência deve ser notificada imediatamente pelo profissional de saúde, a fim de que o Ministério da Saúde possa mapear os casos em todo o país e estabelecer diretrizes e adotar estratégias de combate à essa doença. Algumas das transmissões da doença estão apresentadas no Quadro 4 – Doenças infecciosas e parasitárias (Hepatites Virais) a seguir, por tipo, características epidemiológicas, transmissão:

Quadro 4 – Doenças infecciosas e parasitárias (Hepatites Virais)

Tipo	Características epidemiológicas	Transmissão
A	Considerada de distribuição universal, apresenta-se de forma esporádica ou em surtos, se assemelha a síndrome gripal e com maior prevalência em áreas com más condições sanitárias e de higiene. Baixo grau de letalidade	<u>Transmissão:</u> por via oral e fecal, por veiculação hídrica, pessoa a pessoa, ingestão de alimentos contaminados;
B	Responsável por cerca de um milhão de óbitos em todo mundo existindo mais de 350 milhões de portadores crônicos, que podem transmitir por vários anos. Apresenta-se com prevalência em grupos com comportamentos sexuais de riscos (profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis; hemofílicos, pessoas submetidas a hemodálises, profissionais de saúde)	<u>Transmissão:</u> alto grau de patogenicidade e infecciosidade, fácil transmissão por vias sexuais, transfusão de sangue, por acidentes com perfuro-cortantes ou procedimentos médicos, odontológicos sem as adequadas normas de segurança; transmissão vertical (mãe/filho) com contatos íntimos domiciliares (escova de dentes, lâminas de barbear, etc.)
C	Apresenta-se em pacientes que realizam múltiplas transfusões; hemofílicos, hemodialisados; usuários de drogas injetáveis, portadores de tatuagens e <i>piercing</i> ;	<u>Transmissão:</u> por transfusão de sangue; por via sexual, compartilhamento de drogas injetáveis (cocaína, anabolizantes); outras formas de exposição cutânea;
D	A região da Amazônia Ocidental apresenta uma das maiores incidências, de alto grau de patogenicidade/ infecciosidade. Para se manifestar necessita do vírus da hepatite B.	<u>Transmissão e sintomas:</u> (semelhante ao Tipo B)
E	Apresenta-se de forma esporádica e, frequentemente em áreas sem saneamento básico e baixo padrão de higiene, contaminação de alimentos e de reservatórios de água. A taxa de mortalidade pode chegar a 25% em gestantes, especialmente no 3º trimestre de gestação.	<u>Transmissão:</u> por via oral e fecal principalmente por alimentos contaminados e pela água; por dejetos humanos e de animais; <u>Sintomas:</u> (semelhantes ao do Tipo A)

Fonte: www.saude.gov.br

É importante ressaltar que a ação de prevenção às hepatites virais não estavam contempladas no PDSI 2008/2011 do DSEI estudado uma vez que, segundo informações da área técnica, não havia informações sobre casos dessa doença registrada nos bancos de dados do Distrito. Somente a partir de 2012 a Ação Hepatites Virais foi incluída no Programa DST/Aids e implementada, tendo em vista os casos crescentes dessa doença na região da Amazônia Ocidental. No PDSI foram

previstas ações de capacitações dos profissionais em saúde para a realização dos testes rápidos de Sífilis, HIV e Hepatites B e C, com as populações acima de 10 anos de idade a fim de detectar possíveis casos. As capacitações ocorreram no mês de outubro de 2012 tendo em vista a insuficiência de profissionais contratados para execução dos serviços em aldeias, durante o primeiro semestre do ano. Somente em novembro de 2012 e após as capacitações, os profissionais foram às aldeias para realização dos testes rápidos atuando com a busca desses casos para promover a prevenção dessa doença.

4.3.4 Manejo dos resíduos de saúde produzidos pela EMSI no Polo Base Iminaã

A produção dos resíduos de saúde e seu manejo desde o local da sua origem é de fundamental importância para a segurança dos trabalhadores envolvidos, tanto quanto para os usuários dos serviços e do próprio ambiente em que todos estão inseridos. O ambiente usado para execução das atividades de prevenção das hepatites virais, com a aplicação dos testes rápidos, foi no espaço físico da Escola Indígena de Ensino Fundamental *KuKuê*, que na língua Apurinã significa papagaio, da aldeia Ilha Verde, próximo em alguns minutos por via fluvial até a aldeia Araça, do citado Polo Base. A pequena escola foi construída em madeira, com dimensões de 3 x 3 m², e está localizada logo na entrada da aldeia, poucos metros da beira do rio Ituxi e segundo seus moradores que nos receberam, no período da cheia o rio cobre toda a aldeia dificultando o acesso entre as moradias.

As atividades da EMSI consistiu em detectar possíveis portadores das hepatites A e C, através de coleta de sangue extraído dos dedos dos moradores das aldeias, utilizando agulha descartável individualizada à cada atendimento, onde o sangue era colocado em uma lâmina com reagentes químicos que em poucos minutos apresentava o resultado da coleta. A EMSI se preparou com os equipamentos básicos de proteção individual (máscaras, gorros, luvas cirúrgicas, aventais, botas plásticas), organizou a mesa cobrindo com papel branco (aqueles utilizados nos *flip sharp*) e fita crepe, papel toalha, distribuiu os materiais e insumos necessários como agulhas descartáveis, algodão, esparadrapos, álcool, cartelas para anotações, sacos plásticos, caixa de papelão, canetas esferográficas na cor azul.

Durante os trabalhos foi percebida a ausência do AIS e AISAN que deveriam estar compondo a EMSI e foi esclarecido pelo enfermeiro que coordenava a equipe, que o AIS havia se ausentado para resolver problemas pessoais no município de

Lábrea e que ele (AIS) é uma 'peça' importante pois é quem chama a comunidade para o atendimento sensibilizando e estimulando com orientações sobre a importância de se fazer as prevenções em saúde. Quanto ao AISAN o enfermeiro comentou que *ele cuida mais do sistema de abastecimento de água e da limpeza do terreno e fica olhando as coisas ao redor da aldeia* (sic). Pouco tempo depois do diálogo, o AISAN adentrou no ambiente e se limitou a acompanhar, de certa distância, a execução das atividades.

À medida que os profissionais iam aplicando os testes nos moradores indígenas os resíduos (embalagens plásticas das agulhas, algodões sujos de sangue, caixas de papelão de medicamentos, etc) iam sendo acondicionados no saco plástico preto, mais comumente utilizado no acondicionamento de resíduos domésticos nas lixeiras de residências. Ressalta-se que esta pesquisadora e o Técnico de Saneamento, que à acompanhava, também fizeram os testes rápidos junto com os moradores da aldeia Ilha Verde. Os resíduos perfuro-cortantes foram sendo colocados em uma pequena caixa de papelão na cor azul, com furo na parte superior sem tampo, conforme pode ser observado na sequência de Fotografias 21 a 26 – Pólo Base Iminaã, DSEI Médio Rio Purus, 2012.



Fotografia 21 – Organização das atividades, Polo Base Iminaã, Fonte: DSEI Médio Rio Purus, 2012



Fotografia 22 – Caixa de 'discapak' improvisada Polo Base Iminaã, Fonte: DSEI Médio Rio Purus



Fotografia 23 – Resíduos de saúde produzidos no Polo Base Iminaã, Fonte: DSEI Médio Rio Purus, 2012



Fotografia 24 – Saco acondicionador e caixa para perfuro-cortantes, Polo Base Iminaã



Fotografia 25 – Exame rápido de hepatites virais
Fonte: DSEI Médio Rio Purus, 2012



Fotografia 26 – Resíduos dos testes de hepatites virais. Fonte: DSEI Médio Rio Purus, 2012

Conforme ilustra a Fotografia 21, a cadeira de madeira serviu de suporte para manter o saco plástico aberto no momento das atividades. Os resíduos perfuro-cortantes foram acondicionados, de maneira improvisada, numa caixa de papelão com furo na parte superior e sem tampo, utilizada durante todo o trabalho, conforme mostra a Fotografia 22, 24 e 26. Enquanto os trabalhos iam sendo executados, o AISAN mantinha-se a certa distância da EMSI e mais preocupado em conversar conosco (esta pesquisadora e o Técnico de Saneamento) sobre as dificuldades pelo mal funcionamento do sistema de abastecimento de água e saiu dali ‘arrastando’ o Técnico de Saneamento para verificar se ele poderia auxiliar a colocar em funcionamento o equipamento.

As atividades seguiram durante parte daquela tarde, com a presença dos moradores chegando aos poucos: mães acompanhadas de seus filhos, idosos acompanhados de seus netos, rapazes e moças, todos acima de 10 anos fizeram os testes rápidos. Após o término dos trabalhos o enfermeiro comentou que as

capacitações que fizeram às EMSI não oportunizaram orientações sobre o adequado manuseio dos resíduos de saúde, mesmo quando rotineiramente entram em área (em aldeias) não recebem quaisquer instruções sobre o manejo dos resíduos de saúde, mas sabe que estes resíduos merecem um cuidado maior por serem possíveis infectantes e que as dificuldades em realizar esses procedimentos em aldeias, sem equipamentos adequados, torna-se sempre muito difícil. Comentou ainda que a solução considerada segura para aquela situação era *“colocar tudo num buraco e queimar todo o lixo longe do Polo e dos olhos das crianças e depois de queimado enterrar por lá mesmo. Se agente levar de volta pra Lábrea ele vai pro lixão mesmo, o que é muito pior porque fica a céu aberto e todo mundo entra naquele lixão (sic).*

É importante ressaltar que o AISAN, responsável pela ação de saneamento ambiental em terras indígenas tem como uma das tarefas o cuidado com a higiene e limpeza da sua comunidade incluindo a orientação para o recolhimento dos resíduos do Posto de Saúde da aldeia. No entanto ele, o AISAN, comentou que sua tarefa era o cuidado com o funcionamento do abastecimento de água e limpeza da aldeia com retirada do capim que cresce ao redor das moradias para evitar a presença de animais peçonhentos, recolher folhagens e frutas que caem das árvores, além das cascas de frutas, sendo todas colocadas em um pequeno buraco para fazer adubo e utilizar nos roçados e outras plantações e aproveitou para mostrar a composteira com resíduos orgânicos para produzir adubo.

Os resíduos sólidos como sacos, enlatados, embalagens plásticas, pilhas, etc, estes são acondicionados em saco plásticos e colocado, pendurados em ganchos improvisados, ao lado das moradias que depois são recolhidos, com a ajuda dos próprios moradores, e levados para serem queimados em um buraco que fica a céu aberto distante em aproximadamente 200 a 300 metros das moradias. Segundo o AISAN *o lixo fica longe porque dá muita fumaça e pode prejudicar a saúde da gente aqui (sic).* Ainda, de acordo com o AISAN, os resíduos dos serviços de saúde são cuidados pela própria EMSI *“por que são o lixo deles” (sic)* e apontou para a Técnica de Enfermagem que acompanhava o Enfermeiro.

Após a conclusão dos trabalhos e quando todos os moradores já haviam saído do ambiente escolar, a equipe de saúde retirou todos os seus equipamentos de segurança (gorros, aventais, luvas) e, juntamente com outros resíduos de saúde (algodão, pipetas de coleta de sangue, embalagens das agulhas, etc.) além de outros resíduos domésticos recolhidos do espaço escolar (papeis de balas, doces, biscoitos,

etc.) colocou-os todos nesse único saco plástico preto e em seguida fechado com um nó, pela técnica de enfermagem. Quanto a caixa com perfuro-cortantes foi recolhida pelo enfermeiro, do técnico de saneamento, retornaram de voadeira 15Hp ao Polo Base Iminaã, num percurso estimado em 15 minutos por via fluvial, entrando pelo pequeno igarapé do rio Ituxi. A caixa com os perfuro-cortantes permaneceu sob os cuidados do enfermeiro por todo deslocamento até a chegada ao Polo Base Iminaã, na aldeia Araça.

4.3.5 Destinação final dos resíduos dos serviços de saúde do Polo Base Iminaã

Os resíduos dos serviços de saúde produzidos pela EMSI na aldeia Ilha Verde foram levados à aldeia Araçá e colocados na varanda do Polo Base, em seguida acondicionados, juntamente com outros resíduos domésticos, em uma caixa de papelão, permanecendo por cerca de umas duas horas, para, em seguida ser transportado ao seu destino final, ou seja, na vala que seria cavada em aproximadamente 50 a 60 metros de distância do 'quintal' do Polo Base, atravessando o pequeno campo de futebol. As Fotografias 27 e 28 ilustram a caminho percorrido em busca de ambiente para a destinação dos resíduos de saúde.



Fotografia 27 – Transporte dos resíduos de saúde e domésticos para queima



Fotografia 28 – Transporte dos resíduos de saúde e domésticos para queima

Na caminhada, a técnica de enfermagem levava uma enxada na mão direita e a caixa de papelão com resíduos domésticos gerados pela EMSI do Polo Base (cascas de frutas, papeis, embalagens de leite, de sucos, papel higiênico, etc) e o saco plástico com resíduos de saúde na outra mão. Dessa vez o técnico de saneamento não pode nos acompanhar por ter sido chamado pelo AISAN da aldeia para verificar o seu sistema de abastecimento de água e também ele precisava

verificar o funcionamento do gerador de luz do Polo Base. No caminho, a técnica de enfermagem encontrou um buraco aberto com vestígios de materiais (latas de conservas, caixas de medicamentos, plásticos retorcidos, etc.) todos queimados e com restos de cinzas (Fotografias 29 e 30) e fez o seguinte comentário: *esse buraco deve ter sido feito por outra equipe que queimou o lixo de saúde aqui. (sic)* e aproveitou para fechá-lo com a pequena montanha de terra que estava ao lado.



Fotografia 29 – Fechamento do buraco com resíduos queimados



Fotografia 30 – Fechamento do buraco com resíduos queimados



Fotografia 31 – Reutilização de outro buraco aberto



Fotografia 32 – Reutilização de outro buraco aberto

Após o fechamento do buraco, ela partiu-se em busca de um outro espaço para fazer um novo buraco, porém após alguns passos foi encontrado outro buraco aberto e também com restos de cinzas de resíduos queimados e novamente a técnica de enfermagem comentou que poderia ter sido de outras EMSI que estiveram anteriormente ali. Desta vez, ela resolveu não mais procurar outro ambiente para cavar e reutilizou aquele encontrado, ampliando-o em formato retangular com pouco mais de 30 centímetros de profundidade por 50 de largura e colocou a caixa de papelão e saco plástico para iniciar a queima. Enquanto estava organizando melhor o

saco e a caixa (31 e 32) no espaço, comentou que *“é sempre bom agente ter cuidado para fechar os buracos depois que o fogo queima o lixo, pra evitar algum acidente com as pessoas daqui. (sic).*

Quanto a possibilidade de alguma criança se aproximar das valas, ela comentou que *as crianças daqui são obedientes e quietas e tem medo de andar por aqui por causa de algum bicho que possa aparecer. (sic).* Em seguida os resíduos foram untados com combustível (gasolina) trazido num pequeno recipiente de plástico transportado pelo enfermeiro que acendeu o fogo e rapidamente as labaredas subiram formando nuvens de fumaça negras, conforme ilustram as Fotografias 35 a 38. O solo e algumas árvores ao redor do evento ainda estavam molhados em virtude das fortes chuvas que haviam caído pela manhã, daquele dia.



Fotografia 33 – Colocando combustível (gasolina)



Fotografia 34 – Colocando combustível (gasolina)



Fotografia 35 – Queima dos resíduos de saúde e domésticos



Fotografia 36 – Queima dos resíduos de saúde e domésticos



Fotografia 37 – Queima dos resíduos domésticos e de saúde



Fotografia 38 – Queima dos resíduos domésticos e de saúde

O fogo rapidamente acendeu queimando o saco com os resíduos de saúde e a caixa de papelão com os resíduos domésticos do Polo Base, expelindo uma fumaça negra. Os profissionais de saúde se retiraram rapidamente do local para evitar o impacto da fumaça que ficaram à certa distância, por alguns minutos olhando o fogo, retornando em seguida ao Polo Base. No retorno o enfermeiro comentou que *o fogo vai queimar todo esse lixo e no outro dia agente vem aqui e enterra o que sobrou (sic)*. Comentou que como esses resíduos são dos serviços de saúde *eles não podem ser jogado no mesmo buraco do lixão da aldeia e que os moradores indígenas não iam gostar de ver o lixo de saúde misturado com os deles (sic)*

Nesse percurso não foi encontrado quaisquer indígenas circulando por perto, no entanto, a profissional de saúde comentou que sempre fica atenta quando tem alguém por perto para não se aproximar porque o fogo é muito forte e pode provocar acidentes. Naquele momento, a aldeia Araçá estava com poucos moradores pois muitos deles haviam saído para caçar e pescar, segundo informações colhidas com um ancião indígena que acompanhava de longe, sentado na varanda da sua moradia.

4.3.6 Destinação final dos resíduos perfuro-cortantes.

Os resíduos dos serviços de saúde compreendendo especificamente os perfuro-cortantes tem alto risco de acidentes e contaminação por microrganismos aos seres vivos e ao meio ambiente em todo o seu processo de manejo desde a geração até a sua destinação final, conforme já mencionado em capítulo anterior. Estudos realizados por Garcia e Ramos (2004) revelaram que as questão dos resíduos de

serviços de saúde não podem ser analisadas apenas no aspecto da transmissão de doenças infecciosas, mas também da saúde do trabalhador e da preservação do meio ambiente, sendo estas questões preocupações da biossegurança. Os resíduos perfuro-Cortantes produzidos nas ações de saúde estavam armazenados temporariamente nas dependências do Polo Base Iminaã, em uma pequena sala reservada e aparentemente segura, e segundo o enfermeiro, quando terminasse o período de permanência de suas atividades naquele Polo estaria retornando ao município de Lábrea para dar o destino final àqueles perfuro-cortantes, levando-os à Secretaria Municipal de Saúde para o devido tratamento, ou seja, a queima com combustão (gasolina) no incinerador da Secretaria de Saúde e destinação final, que é o lixão do município.

Tendo em vista a impossibilidade de continuar na aldeia durante o período de permanência da EMSI e acompanhá-la até a conclusão final do ciclo de manejo dos resíduos por eles produzidos e considerando o exíguo espaço de tempo para conclusão dos estudos, decidiu-se por acompanhar uma outra EMSI que estava retornando de um outro Polo Base de difícil acesso e trazia os resíduos perfuro-cortantes à área urbana para providenciar junto à Secretaria Municipal de Saúde de Lábrea, o tratamento e destinação final desses resíduos. O técnico de enfermagem que executava suas atividades nesse Polo Base comentou que o município não tem quaisquer métodos ou técnicas seguras para o destino final dos resíduos de saúde e quando vão entregar os resíduos recebem orientação para que eles (os próprios técnicos) coloquem diretamente os resíduos no incinerador para a queima com combustível (gasolina), ou seja, tudo é realizado pela própria EMSI do DSEI Médio Rio Purus, uma vez que, segundo esse técnico, *“a prefeitura não tem pessoal suficiente para fazer essa tarefa e acaba os profissionais do próprio Distrito fazendo isso”*.(sic).

O Técnico comentou ainda que após a queima, o pessoal da limpeza da Secretaria Municipal de Saúde faz a faxina no incinerador somente quando “ele está muito abarrotado” (sic), ou seja, cheio de rejeitos dos resíduos de saúde queimados, não somente do Distrito Sanitário, mas também os da própria Secretaria, e todos são destinados ao lixão a céu aberto do município. Nesse dia, foi verificado que o incinerador estava repleto de caixa de perfuro-cortantes e outros resíduos (papéis, plásticos, embalagens de medicamentos, etc.) aguardando para serem incinerados. Naquele momento de observação chovia muito e as caixas estavam todas molhadas, sendo preciso aguardar a chuva passar para que os resíduos fossem queimados com combustível (gasolina), no pequeno incinerador, construído em alvenaria, com degraus

e abertura na parte superior e na base inferior para o recolhimento dos rejeitos incinerados. O incinerador está localizado numa área livre próximo ao Laboratório de Análise de Águas, do Laboratório de Endemias e da Oficina de Saneamento, do antigo prédio da ex-FSESP que atualmente funciona a Secretaria de Saúde do Município. As Fotografias 39 e 40 ilustram o incinerador municipal.



Fotografia 39 – Incinerador da SMS-Lábrea
Fonte: Francisco Vieira-SESANI/DSEI MRP-AM



Fotografia 40 – Laboratórios de Análises de Água e Laboratório de Endemias

O incinerador usado na Secretaria Municipal de Saúde foi construído, na segunda metade da década de 90, pela área de Engenharia da ex-FSESP que tinha como uma de suas responsabilidades sanitárias as ações de capacitações e treinamentos teórico-práticos nas Oficinas de Saneamento Básico aos técnicos de saneamento e educação sanitária às visitadoras sanitárias para atuar em construções de melhorias sanitárias, domiciliares e educação sanitária às comunidades dos municípios de pequeno porte. Com a descentralização do SUS, conforme citado em capítulo anterior, vários prédios públicos foram transferidos para os municípios ficando às Secretarias Municipais de Saúde responsáveis por essas questões.

Costa (2007) descreve que a definição atribuída à incinerador é o equipamento térmico de destruição, por meio de queima controlada, de resíduos indesejáveis e que não devem ser dispostos sem um determinado tratamento. Descreve ainda que para o atingimento de temperaturas necessárias ao processo de destruição térmica, os incineradores devem ter estruturas com espaços confinados e isolados termicamente com materiais resistentes às temperaturas de operação, aberturas destinadas à alimentação das cargas e descargas das cinzas, dotados de queimadores para aquecimento das câmaras, suporte da queima e pós-combustão. Segundo IBGE

(2010), Pesquisa Nacional de Saneamento Básico, a incineração é um processo de queima do lixo através de incinerador ou queima a céu aberto e o incinerador é:

uma instalação especializada onde se processa a combustão controlada do lixo, entre 800 °C e 1200 °C, com a finalidade de transformá-lo em matéria estável e inofensiva à saúde pública, reduzindo seu peso e volume. Na queima a céu aberto há a combustão do lixo sem nenhum tipo de equipamento, o que resulta em produção de fumaça e gases tóxicos.

A incineração envolve processos físicos e químicos que podem ser danosos ao meio ambiente e a saúde humana quando não utilizadas técnicas adequadas, uma vez que a fumaça produzida elimina os gases tóxicos como dióxido de carbono, além de metais pesados, dióxidos e furanos. De acordo com o MMA (2008) a incineração não é o tratamento mais indicado para a maioria dos resíduos gerados, não sendo adequado à realidade dos municípios brasileiros, por operarem de forma precária com sistemas de tratamento inadequados dos gases produzidos na queima, deixando que estes sejam expelidos na atmosfera sem quaisquer controles, os quais são transportados ao meio ambiente e aos sensíveis ecossistemas naturais.

Estudos conclusivos acerca dos gases de efeito estufa apresentados Relatório do Grupo de Trabalho I, do Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC, 2007) revelam que o dióxido de carbono CO₂, o Metano CH₄, Óxido Nitroso N₂O formam os principais gases que tem alterado a temperatura no planeta, causados pelos resultados significativos das atividades humanas desde 1750, sendo o CO₂ o mais importante gás para o efeito estufa, seguido do CH₄. Segundo dados desse Relatório, a fonte principal para o aumento da concentração do CO₂ na atmosfera é o uso de combustíveis fósseis na produção, distribuição e consumo, além das mudanças no uso dos solos pelos agronegócios, embora com menor intensidade. Na saúde humana, as consequências do contato inadequado com o CO₂ podem causar náuseas, vômitos, hemorragias, asfixias, ulcerações na pele e cegueira. As ações antrópicas têm influenciado nas condições da saúde, transgredindo o meio ambiente, fator determinante para a qualidade de vida dos seres vivos.

RESULTADO DO ESTUDO

O resultado deste estudo evidenciou que ao longo dos anos o saneamento ambiental em terras indígenas se limitou às construções de sistemas de abastecimento de água, esgotamentos sanitários e melhorias sanitárias domiciliares, não incluindo ações de resíduos sólidos, embora alguns DSEI venham promovendo ações pontuais, nas aldeias; evidenciou que os procedimentos de manejo dos resíduos de saúde no Distrito Sanitário estudado não seguem as exigências protocolares dos órgãos sanitários e ambientais e não há orientações sobre manejo dos diversos resíduos produzidos nas aldeias, pelos profissionais de saúde. O estudo evidenciou ainda que os resíduos de saúde são manejados de forma inadequada, sendo que parte desses resíduos e juntamente com os resíduos domésticos produzidos no Polo Base tem como destinação final a queima por combustão (gasolina) em covas rasas próximo a esse Polo e que após a combustão as covas não são fechadas.

Quanto aos resíduos perfuro-cortantes, evidenciou-se que estes retornaram com os profissionais de saúde das EMSI à área urbana do município, acondicionados em caixas de papelão improvisadas ou em garrafas pet e que poucos deste perfuro-cortantes são acondicionados em recipiente apropriado ao manejo e que ao chegar na área urbana recebem tratamento no incinerador em precárias condições de uso, sendo utilizando o combustível (gasolina) para a queima e sua destinação final é o lixão à céu aberto do município de Lábrea; que não existe plano de gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde no DSEI estudado, porém há perspectivas no nível nacional da Secretaria Especial de Saúde Indígena na implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Terras Indígenas, contemplando os resíduos de saúde, em todos os DSEI.

Um fator preocupante evidenciado foi a situação dos esgotamentos sanitários domésticos, em condições precárias, correndo a céu aberto no quintal tanto do Polo Base quanto das demais moradias da aldeia, embora este não tenha sido o foco principal do estudo. A pouca participação dos Agentes Indígenas de Saneamento nas atividades das EMSI é outra evidencia deste estudo, pois esses Agentes se limitavam ao cuidado dos sistemas de abastecimento de água, limpeza das aldeias, destinação final dos resíduos sólidos à queima em covas distantes das suas moradias e os resíduos orgânicos eram colocados para compostagens na produção de adubos e utilização nas plantações de suas aldeias.

CONCLUSÃO E PROPOSIÇÕES

Este estudo teve como objetivo realizar uma análise com foco na saúde e saneamento ambiental em aldeias indígenas, tendo como premissa uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) que é a *“promoção das condições ambientais equilibradas e saudáveis para a garantia da sustentabilidade e proteção à saúde das populações indígenas”*, com ênfase nos Resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde (RSSS), gerados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus, no estado do Amazonas, através de suas EMSI executando atividades no Polo Base, dentro das aldeias indígenas. Neste estudo foram percorridas as dimensões históricas a partir da construção das primeiras políticas públicas de saúde destinadas aos povos indígenas, através do SPI, passando pela FUNAI, pela FUNASA e SESAI no âmbito do Ministério da Saúde, analisando as intervenções dessas políticas na saúde, saneamento básico, resíduos sólidos com foco no manejo dos resíduos dos serviços de saúde produzidos nos Polo Base dentro das terras indígenas.

Dessas análises, o estudo concluiu que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas tem persistido em fragilidades ao longo da história das políticas indigenistas do nosso país, no campo das suas duas ações estruturantes – Saúde e Saneamento Ambiental em Terras Indígenas –, dois importantes pilares integrantes da garantia do direito à vida dos seres vivos em condições ambientais saudáveis. Concluiu ainda que essas fragilidades são refletidas de forma acentuada na gestão do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), facultando as desarticulações de ações e estratégias de planejamento, na qualidade da prestação dos seus serviços de saúde e saneamento dentro das terras indígenas.

A qualidade do ambiente tem sido uma das grandes questões que preocupam pesquisadores, ambientalistas, estudiosos no assunto e dirigentes de países, em todo o mundo. É cada vez mais urgente buscar soluções mitigadoras que reduzam esses impactos provocados pelas ações humanas. Isso requer a instituição e aprimoramento de padrões de condutas e atitudes individuais e coletivas, quer seja no universo do público ou do privado da sociedade mundial. No sentido estimular à conscientização e sensibilizar para novas condutas, no nível local, são apresentadas propostas de construção de alguns mecanismos e instrumentos passíveis de serem adotados pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria Especial de Saúde Indígena e Distrito

Sanitário Especial Indígena, dentre eles, a elaboração do Plano Nacional de Resíduos Sólidos, além das seguintes propostas:

- Realizar, no nível local, ou seja, no DSEI Médio Rio Purus/AM, levantamento preliminar sobre os resíduos sólidos produzidos nas aldeias de abrangência de sua atuação, com objetivo de diagnosticar a realidade local, observando os seguintes aspectos: características dos resíduos, parâmetros de quantificação (taxa média de gerada, frequência, etc.), forma de disposição e destinação, além de outros aspectos dispostos na PNRS. A partir desse diagnóstico, construir estratégias operacionais específicas para cada tipo de resíduo, a fim de subsidiar a elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos do DSEI;
- Promover, no nível local, ou seja, no DSEI Médio Rio Purus, diálogos por meio de encontros, palestras, roda de conversas com os profissionais de saúde, antes das viagens aos Polos Bases. Essa proposta visa conscientizar os profissionais a se engajarem nas questões ambientais relacionadas aos potenciais riscos ambientais bem como na gestão e gerenciamento dos resíduos sólidos, sendo de fundamental importância que compreendam sobre suas rotinas de trabalho e os riscos que envolvem a área de saúde do trabalhador;
- Promover articulações nos níveis nacional e local com a Política Nacional de Educação Ambiental, através de capacitações permanentes em Educação Ambiental, articuladas com as ações desenvolvidas pelo Ministério do Meio Ambiente (MMA);

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITH, F. *Saúde indígena no Brasil: atual quadro jurídico-administrativo do estado brasileiro e desafios para a garantia do direito à saúde da população indígena*. Revista Direito Sanitário. v.9 nº. 3 São Paulo/SP: 2008

ANVISA. *Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde*. Brasília/DF: 2006.

ARANHA, M.L. A; MARTINS, M.H.P. *Filosofando: introdução a filosofia*. 2ª ed. São Paulo/SP: 1995, p.15

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENGENHARIA SANITÁRIA. *Saneamento e Meio Ambiente*. Revista Ano XIII nº. 25, Janeiro/Março. Porto Alegre/RS: 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 7500 – Resíduos Sólidos: Classificação*. São Paulo/SP: 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 10004 – Resíduos Sólidos: Classificação*. São Paulo/SP: 2004.

ATHIAS, R; MACHADO, M. *A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar*. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro/RJ: março/abril, 2001

AVRITZER, L. et al. *Experiências Nacionais de Participação Social*. São Paulo/SP: 2009.

BANIWA, G. S. L. *O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje*. Brasília/DF: 2006, pg.101, 102.

BARROS, L. V. *A efetividade do direito à informação ambiental*. Dissertação de Mestrado em Política e Gestão Ambiental. Centro de Desenvolvimento Sustentável/UNB. Brasília/DF: 2004, p. 42

BITTENCOURT. M. et. al. *Acre, Rio Xingu e Xingu: a formação indígena para o trabalho em saúde*. Associação Saúde Sem Limites. São Paulo/SP: 2005, pg.38.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Coletânea de Legislação de Direito Ambiental. 3ª ed. São Paulo/SP: 2004.

____. Decreto nº. 23, de 04/02/1991. *Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas*. Diário oficial da União de 05/02/1991. (www.planalto.gov.br/legislação)

____. Decreto nº. 100, de 16 de abril de 1991. *Institui a Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências*. Diário Oficial da União de 17/04/1991, Seção 1, p. 48. Brasília/DF.

____. Decreto nº. 3.156, de 27 de agosto de 1999. *Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde*. Diário Oficial da União de 28/08/1999, Seção 1, p. 44. (www.planalto.gov.br/legislação)

____. Decreto nº. 7.336, de 19 de outubro de 2010. *Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde*. Diário oficial da União.

____. Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011. *Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa*. Diário oficial da União de 29/06/2011 (www.planalto.gov.br/legislação)

____. Lei nº. 6.001, de 19 de dezembro de 1973. *Dispõe sobre o estatuto do Índio*. Diário oficial da União de 21/12/1973. (www.planalto.gov.br/legislação)

____. Lei nº. 6.938, de 31 de agosto de 1981. *Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação*. Diário oficial da União de 02/09/1981. Seção 1. (www.planalto.gov.br/legislação)

____. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes*. Diário Oficial da União de 20/09/1990. Seção. 1. (www.planalto.gov.br/legislação)

_____. Lei nº. 11.445, de 05 de janeiro de 2007. *Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico*. Diário Oficial da União de 08/01/2007. Seção. 1. (www.planalto.gov.br/legislação)

_____. Lei nº. 12.305, de 02 de agosto de 2010. *Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos*. Diário Oficial da União de 03/08/2010, Seção 1 (www.planalto.gov.br/legislação)

_____. Ministério da Saúde. Portaria/MS nº. 254, de 31 de janeiro de 2002. *Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Diário Oficial da União de 30/01/2002, Seção 1. (www.planalto.gov.br/legislação)

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.656, de 17 de outubro de 2007. *Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, do Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e especializada aos Povos Indígenas*. Diário Oficial da União de 18/10/2007, Seção 1, p. 31

BURSZTYN, M.; DRUMMOND, J. A.; NASCIMENTO, E. P. *Como escrever (e publicar) um trabalho científico*. Brasília/DF: 2010.

CALDERONI, Sabetai. *Sobra lixo e falta energia elétrica: o problema pode ser a solução*, 2009.

CARVALHO, J. A. M.; SAWYER, D. O.; RODRIGUES; R. N.; *Introdução a alguns conceitos básicos e medidas em demografia*. 2ª. Ed. São Paulo/SP: 1998, pg. 6, 12.

CASTILHO, A. P. et al. *Manual de metodologia científica*. Goiânia/GO: 2011, p.12, 13.

CAVALCANTI, C. et al. *Desenvolvimento e Natureza: estudos para uma sociedade sustentável*. MEC. Recife/PE: 1994, p. 262,

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. 2ª.ed. São Paulo/SP: 1995, p. 52

CAMPOS, H. K. T. *Gestão dos resíduos sólidos urbanos no contexto da Lei de Saneamento Básico*. Livro II Coletânea Lei Nacional de Saneamento Básico:

perspectivas para as políticas e gestão dos serviços públicos. MC. Brasília/DF: 2009, p. 305/307

CARDOSO, A. M.; SANTOS, R. V.; COIMBRA, C. E. A. J. *Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações com ênfase nos povos indígenas*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 5:125-132. Brasília/DF: 2000.

CONFALONIERI, U.; E. C. *O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada*. Caderno Saúde Pública, vol.5 nº. 4 Rio de Janeiro/RJ: 1989.

COSTA, F. C. *Perspectiva da incineração de resíduos de serviços de saúde com o uso de atmosfera rica em oxigênio*. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Processos Químicos e Biológicos. São Caetano do Sul/SP: 2007.

ENRÍQUEZ, M. A. *Trajetórias do desenvolvimento: da ilusão do crescimento ao imperativo da sustentabilidade*. Rio de Janeiro/RJ: 2010.

FALEIROS, S. V. P. et al. *A Construção do SUS. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília/DF: 2006.

FERREIRA, M. R. *Formação dos Agentes Indígenas de Saúde - AIS: um desafio para a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília/DF: 2007.

FUNASA. *Diretrizes para Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde, Água, Esgotamento Sanitário e Melhorias Sanitárias em Áreas Indígenas*. 1ª. Reimpressão. Brasília/DF: 2002.

_____. *Manual de melhorias sanitárias domiciliares*. Orientações Técnicas. Brasília/DF: 2004.

_____. *Manual do Agente Indígena de Saneamento*. Orientações Técnicas. 2ª ed revisada. Brasília/DF: 2006.

_____. *Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas*. Manual Técnico. Brasília/DF: 2007.

_____. *Relatório anual de atividades de atenção integral à saúde indígena*. Brasília/DF: 2007.

_____. *Condições Sanitárias do Imóvel e Condições Sanitárias da Aldeia*. Manual de Preenchimento. Brasília/DF: 2008.

_____. *Caderno do Agente Indígena de Saneamento: orientações técnicas*, 2ª reimpressão. Brasília/DF: 2008. p. 14/16

_____. *I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas 2008/2009*. Projeto VIGISUS II. Brasília/DF: 2009.

_____. *Relatório Saneamento em Áreas Indígenas do Brasil: histórico da atuação da FUNASA e perspectivas-Abril/2009*. Brasília/DF: 2009

_____. *Diagnóstico do atual gerenciamento de Resíduos Sólidos realizado pelos Polos Bases nos DSEIS*. CGESA/SESAI-MS, Brasília/DF: 2012.

_____. *Sistema de Informações de Atenção da Saúde Indígena*. Acessado em maio 2012. <http://www.funasa.gov.br/siasi/>

GARCIA, L.; RAMOS, B. *Gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde: uma questão de biossegurança*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro/RJ: maio/junho, 2004.

GARNELO, L et al. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Série Via dos Saberes. Brasília/DF: 2012

_____. *Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados*, Brasília/DF.

GONSALVES, E. P. *Iniciação à Pesquisa Científica*. 3ª ed. Campinas/SP: 2003.

GIL, A. C. *Como elaborar projeto de pesquisa*. 4ª. Ed. São Paulo/SP: 2002. p. 53.

HELLER, L. *Saneamento e saúde*. OPAS Representação do Brasil. Brasília, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Indicadores de Desenvolvimento Sustentável*. Brasil. Rio de Janeiro/RJ: 2010. Acesso ao site em 10/10/2012 www.ibge.gov.br/home/geociencias/recursosnaturais/ids/ids2010

JÁCOMO, M. V. J. *Manual de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde*. Secretaria Estadual de Saúde. Goiânia/GO: 2004.

LANDGON, E. J. *Participação e autonomia nos espaços interculturais da Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil*. Revista Saúde e Sociedade. v. 16, nº. 2, São Paulo/SP: maio/agosto, 2007.

LENÁ, N. et al. *Sustentabilidade: o campo de disputa de nosso futuro civilizacional*. Enfrentando os limites do crescimento: sustentabilidade, decrescimento e prosperidade. 1ª. ed. Brasília/DF: 2012.

LIECHTENSTEIN, N. *Os indígenas do Brasil perante a história*. Rio de Janeiro, 1860, Memória oferecida ao Instituto Histórico, Geográfico e Etnográfico do Brasil por D. J. G. de Magalhães. Revista Trimestral Tomo XXIII, vol. 23, Rio de Janeiro/RJ: 1973. p.3

LOUZADA, J. *Avaliação do Trabalho de Enfermagem na Área Indígena Yanomami dos municípios de Barcelos e Santa Isabel do Rio Negro/Amazonas*. Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia. UFAM/FIOCRUZ. Manaus/AM: 2007

MAGALHÃES, E. D. *O estado e a saúde indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami*. Dissertação de Mestrado em Política Social Governamental. SER/UNB. Brasília/DF: 2001.

MARQUES, I. M. S. F. A. *Política de Atenção à Saúde Indígena: Implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá-Mato Grosso*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. FIOCRUZ. Brasília/DF: 2003. p. 22.

MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/SL, Rio de Janeiro/RJ: 1995.

_____. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2ª ed. Brasília/DF, 2011, p. 78.

MENDONÇA, S. B. M. *Saúde Indígena: distâncias que se aproximam ...* Curso de Especialização em Saúde Indígena, UAB/UNIFESP, São Paulo/SP: 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Atenção Primária Ambiental (APA)*. Programa de Qualidade Ambiental/OPAS/OMS. Washington D.C: 2000.

_____. *Regionalização Solidária e Cooperação: Orientações para sua implementação no WartcSUS*. Série Pacto pela Saúde. Brasília/DF: 2006.

_____. *Cadernos de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. 2ª. Ed. Revisada. Brasília/DF: 2008

_____. *Guia de Bolso. Doenças infecciosas e parasitárias*. 8ª. Ed. revista. Brasília/DF: 2010.

_____. *O SUS de A a Z garantindo saúde nos municípios*. 3ª. Edição, 3ª. Reimpressão. Brasília/DF: 2011.

_____. *Diagnóstico do atual gerenciamento de resíduos sólidos realizado pelos Polos Bases nos DSEIs*. SESAI/MS. Brasília/DF: 2012.

MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE. *Agenda Ambiental da Administração Pública*. Brasília/DF: 2001.

_____. *Gestão Integrada de Resíduos Sólidos na Amazônia: a metodologia e os resultados de sua aplicação*. MMA/IBAM. Brasília/DF: 2003

_____. *Agenda 21 Brasileira: Resultado da Consulta Nacional*. MMA/Comissão de Políticas de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 21 Nacional. Brasília/DF: 2004.

_____. *Plano de gestão de resíduos sólidos: manual de orientação. Apoiando a implementação da Política Nacional de Resíduos Sólidos: do nacional ao local*. Brasília/DF: 2012.

NASCIMENTO, E. P. et al. *Economia, Meio Ambiente e Comunicação*. Rio de Janeiro/RJ: 2006.

PENA, J. L.; HELLER; L. *Perfil sanitário: as condições de saneamento e de habitação na Terra Indígena Xakriabá, Minas Gerais*. Revista de Estudos e Pesquisas.

PHILIPPI, A. J.; PELICIONI, M. C. F. *Educação Ambiental e Sustentabilidade*. Barueri/SP: 2005, p.73.

PORTELA, C. A. *Reflexões sobre um percurso metodológico: notas sobre pesquisa histórica e documental*. Oficina Metodologia de Pesquisa Histórica e Documental. Mestrado Profissional em Sustentabilidade junto a Povos e Terras Indígenas, CDS/UnB. Brasília/DF: 2012.

PORTO, A. P. T. *Caderno de Métodos e Técnicas e Pesquisa Dom Bosco*. Santa Cruz do Sul/SP: 2010, p. 44.

RODRIGUES, D. M. *Política Indigenista de Saúde*. Curso de Especialização em Saúde Indígena UAB/UNIFESP: São Paulo/SP: 2011.

SALLES, M. J. *Política Nacional de Saneamento: percorrendo caminhos em busca da universalização*. Tese em Ciências, Área de Concentração Saúde Pública. ENSP/FIOCRUZ. Brasília/DF: 2008, p. 8.

SANTOS, L. *O Modelo de Atenção à Saúde se Fundamenta em Três Pilares: Rede, Regionalização e Hierarquização*. BVS, pesquisado em www.bvs.saude.gov.br 15/09/2011.

SCLIAR. S. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. 2ªed. São Paulo/SP, 2005, p. 22.

SERAPHIM, C. R. U. M. *Abordagem dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) na Formação Profissional dos Auxiliares e Técnicos em Enfermagem de Araraquara-SP*. Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente. UNIARA/SP. Araraquara/SP: 2010.

UNIVERSIDADE DE BRASILIA. *Normas de redação para a elaboração de monografias de especialização, dissertações e teses do CDS-PPGDS/UnB Versão 4.0*. Brasília/DF: outubro/2008.

WARTCHOW, D. *Serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário: compromisso com a universalização e a qualidade*. Livro II Coletânea Lei Nacional de Saneamento Básico: perspectivas para as políticas e gestão dos serviços públicos. MC. Brasília/DF: 2009, p. 273

ZANETTI. I. C. B. B. *Educação Ambiental, Resíduos Sólidos Urbanos e sustentabilidade*. Um estudo de caso sobre o sistema de gestão de Porto Alegre/RS. Tese de Doutorado em Desenvolvimento Sustentável/CDS-UnB. Brasília/DF: 2003, p.149

ZANTA. M. V. *A sustentabilidade dos serviços públicos de resíduos sólidos: novas oportunidades e velhos desafios*. Livro II Coletânea Lei Nacional de Saneamento Básico: perspectivas para as políticas e gestão dos serviços públicos. MC. Brasília/DF: 2009, p. 297

ANEXO – A

GABINETE DO MINISTRO PORTARIA Nº 254, DE 31 DE JANEIRO DE 2002

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e Considerando a necessidade de o Setor Saúde dispor de uma política de atenção à saúde dos povos indígenas;

Considerando a conclusão do processo de elaboração da referida política, que envolveu consultas a diferentes segmentos direta e indiretamente envolvidos com o tema; e

Considerando a aprovação da proposta da política mencionada, pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua reunião ordinária de novembro de 2001, resolve:

Art. 1º Aprovar a **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante.

Art. 2º Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

ANEXO

1 – Introdução

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei n.º 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde -, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social.

Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e

operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.

Com base nesses preceitos, foi formulada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja elaboração contou com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas. Com o propósito de garantir participação indígena em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento da Política, a elaboração desta proposta contou com a participação de representante das organizações indígenas, com experiência de execução de projetos no campo da atenção à saúde junto a seu povo.

2 – Antecedentes

No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do Século XVI, comparável à da Europa nesta mesma época, foi dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos).

A perda da auto-estima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos (muitas vezes da própria língua, cujo uso chegava a ser punido com a morte) também tiveram um papel importante na diminuição da população indígena. Até hoje há situações regionais de conflito, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento.

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do Século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se à proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional.

Uma política indigenista começou a se esboçar com inspiração positivista, em que os índios, considerados num estágio infantil da humanidade, passaram a ser vistos como passíveis de "evolução" e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas. A assistência à saúde dos povos indígenas, no entanto, continuou desorganizada e esporádica. Mesmo após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de "pacificação".

Na década de 50, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que, baseando-se no modelo de atenção do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação,

prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem.

A FUNAI, após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre econômico da década de 70, teve dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de atenção à saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades: carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas.

Com o passar do tempo, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais, e a sua presença nas aldeias se tornava cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer. Alguns deles, em geral pouco qualificados, ficaram lotados em postos indígenas, executando ações assistenciais curativas e emergenciais sem qualquer acompanhamento. Era freqüente funcionários sem qualificação alguma na área da saúde prestar atendimentos de primeiros socorros ou até de maior complexidade, devido à situação de isolamento no campo.

As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas. Estes sistemas tradicionais de saúde se apresentam numa grande diversidade de formas, sempre considerando as pessoas integradas ao contexto de suas relações sociais e com o ambiente natural, consistindo ainda num recurso precioso para a preservação ou recuperação de sua saúde.

Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena - tornando obsoleta a instituição da tutela - e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. A Constituição também definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde.

Para debater a saúde indígena, especificamente, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. Essas duas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde. Foi então criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio - COSAI, subordinada ao Departamento de Operações - DEOPE - da Fundação Nacional de Saúde, com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena.

No mesmo ano, a Resolução 11, de 13 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), tendo como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Inicialmente sem representação indígena, os próprios membros da CISI reformularam sua composição e, com a saída espontânea de representantes do CNS, da

Secretaria de Meio Ambiente, dentre outros, abriu-se 4 das 11 vagas para representantes de organizações indígenas.

Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, em 19 de maio de 1994 o Decreto Presidencial nº 1.141/94 constitui uma Comissão Intersetorial de Saúde - CIS, com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da FUNAI. O decreto devolve, na prática, a coordenação das ações de saúde à FUNAI. A CIS aprovou, por intermédio da Resolução nº 2, de outubro de 1994, o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", que atribuía a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e a prevenção, ao Ministério da Saúde, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias.

Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena.

2.1 - Situação atual de saúde

A população indígena brasileira é estimada em, aproximadamente, 350.000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um destes povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território. Diferem também no que diz respeito à antiguidade e experiência histórica na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional, havendo desde grupos com mais de três séculos de contato intermitente ou permanente, principalmente nas regiões litorânea e do Baixo Amazonas, até grupos com menos de dez anos de contato. Há indícios da existência de 55 grupos que permanecem isolados, sendo que, com 12 deles, a Fundação Nacional do Índio, FUNAI, vem desenvolvendo algum tipo de trabalho de reconhecimento e regularização fundiária. Por outro lado, há também aqueles, como os Potiguara, Guarani e Tupiniquim, cujos ancestrais presenciaram a chegada das primeiras embarcações que cruzaram o Atlântico há cinco séculos.

Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 567 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 12% do território nacional. Uma parcela vive em áreas urbanas, normalmente em periferias. Cerca de 60% dessa população vivem no Centro-Oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas. Os outros 40% da população indígena estão confinados em apenas 1,3% da extensão das terras indígenas, localizadas nas regiões mais populosas do Nordeste, Leste e Sul do país:

Ainda que numericamente constituam uma parcela de somente 0,2% da população brasileira, em algumas regiões a presença indígena é significativa. Em Roraima, por exemplo, representa cerca de 15% da população do estado; 4% no Amazonas; e 3% no Mato Grosso do Sul. Tomando-se como base a população municipal, em grande número de localidades a população indígena é maioria, tanto em municípios amazônicos, quanto em outros das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) vem ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e também os seus saberes, sistemas econômicos e organização social.

Muitos desses povos estão ameaçados de desaparecimento, sendo que entre alguns deles o número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer a sua reprodução biológica. O Estado de Rondônia, onde uma intensa atividade madeireira, garimpeira e agropecuária tem provocado altíssima mortalidade, numa população hoje estimada em 6.284 pessoas, remanescentes de 22 povos, é um dos exemplos nesse sentido.

Enquanto que algumas dessas sociedades passam por processo de recuperação populacional, como os Pakaas Novos, por exemplo, que hoje são mais de 1.900, outros, como os Latundê, sofreram um processo de redução e contam atualmente com apenas 37 pessoas. Em termos gerais observa-se um crescimento demográfico entre os povos indígenas do país, fato normalmente associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas e melhoria do acesso aos serviços de atenção básica à saúde.

Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde aos povos indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis.

Em relação à morbidade, verifica-se uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas.

De acordo com dados consolidados dos relatórios de 1998, de 22 das 47 administrações regionais da Fundação Nacional do Índio, sobre uma população de cerca de 60 mil indivíduos, foram registrados 466 óbitos, quase 50% deles entre menores de cinco anos de idade, tendo como causas mais frequentes as doenças transmissíveis, especialmente as infecções das vias respiratórias e as parasitoses intestinais, a malária e a desnutrição. As causas externas, especialmente a violência e o suicídio, são a terceira causa de mortalidade conhecida entre a população indígena no Brasil, afetando sobretudo regiões com Mato Grosso do Sul e Roraima.

Por sua vez, os dados consolidados no Relatório de Atividades de 1998, da Coordenação de Saúde do Índio/FUNASA, baseiam-se no material enviado pelas equipes de saúde indígena de 24 unidades da federação. Referem-se a uma população de 312.017 indígenas e, num total de 219.445 ocorrências, mostram um incremento de cerca de 24,7% sobre o volume registrado no ano anterior. A indicação de causas de óbitos (844) é proporcionalmente semelhante a dos dados analisados pela FUNAI. A tuberculose é um dos agravos que acometem com maior frequência e severidade as comunidades indígenas.

Embora precários, os dados disponíveis indicam taxas de incidência altíssimas, superiores em muito àquelas encontradas entre a população branca do país. Entre os Yanomami de Roraima, por exemplo, o coeficiente de incidência anual de tuberculose passou de 450 por 100.000 pessoas em 1991 para 881,4 por 100.000 pessoas em 1994. Em 1998, era de 525,6 por 100.000, segundo os dados da organização Comissão Pró-Yanomami. Também em outros povos indígenas foram registradas taxas altíssimas de incidência. Os dados epidemiológicos do Departamento de Saúde da FUNAI, antes mencionado e relativos ao mesmo ano, indicam que a tuberculose foi responsável por 22,7% do total dos óbitos indígenas registrados por doenças

infecto-parasitárias (2,2% dos óbitos por todas as causas), ou seja, duas vezes a taxa mundial de mortalidade específica por tuberculose. A fraca cobertura sanitária das comunidades indígenas, a deterioração crescente de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, a ausência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos, os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, lingüística e cultural) aos centros de saúde, a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono freqüente pelos doentes do tratamento favorecem a manutenção da endemia de tuberculose entre as populações indígenas no Brasil.

A infecção pelo HIV/Aids também é um agravo que tem ameaçado um grande número de comunidades. A partir de 1988 começaram a ser registrados os primeiros casos entre os índios, número que vem aumentando com o passar dos anos, sendo que, dos 36 casos conhecidos até o momento, oito foram notificados em 1998, distribuídos por todas as regiões do Brasil. O curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes e a falta de informações entre os índios sobre os modos de transmissão do vírus e prevenção da doença, bem como as limitações de ordem lingüística e cultural para a comunicação com eles, são desafios a serem enfrentados e expressam a situação altamente vulnerável frente à tendência de interiorização da epidemia no país.

A compreensão das redes de transmissão e os determinantes dos processos sociais e culturais originados do contato com a sociedade envolvente, bem como as relações intergrupais, é fator importante para a tomada de decisões e implementação de ações de prevenção. Com relação à DST, co-fator que potencializa a infecção pelo HIV em qualquer grupo social, indicadores a partir de estudos de casos revelam números preocupantes. O relatório da FUNASA de 1998 indicou 385 casos registrados.

Em algumas regiões, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e, especialmente, na alimentação: a hipertensão arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo, a depressão e o suicídio são problemas cada vez mais freqüentes em diversas comunidades.

A deficiência do sistema de informações em saúde, que não contempla, entre outros dados, a identificação étnica e o domicílio do paciente indígena, dificulta a construção do perfil epidemiológico e cria dificuldades para a sistematização de ações voltadas para a atenção à saúde dos povos indígenas.

A descontinuidade das ações e a carência de profissionais fizeram com que muitas comunidades indígenas se mobilizassem, desde os anos 70, de diversas maneiras, especialmente por intermédio de suas organizações juridicamente constituídas, para adquirir conhecimentos e controle sobre as doenças e agravos de maior impacto sobre sua saúde, dando origem a processos locais e regionais de capacitação de agentes indígenas de saúde e de valorização da medicina tradicional indígena, com a participação das diversas instituições envolvidas com a assistência à saúde indígena.

Mesmo sem um programa de formação e inserção institucional definidos, mais de 1.400 agentes indígenas de saúde vinham atuando no Brasil. A maioria deles trabalhando voluntariamente, sem acompanhamento ou suprimento sistemático de insumos para suas atividades. Em algumas regiões da Amazônia, onde as distâncias são medidas em dias de viagens por estradas em precário estado de conservação ou rios de navegabilidade difícil ou impossível durante o período da seca, os agentes indígenas de saúde são o único recurso das comunidades diante de determinadas doenças. Cerca de 13% dos agentes indígenas de saúde estão inseridos no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a maioria no Nordeste. Na Região Amazônica, a maioria das iniciativas foi tomada por organizações indígenas e não-governamentais.

3 - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

4 - Diretrizes

Para o alcance desse propósito são estabelecidas as seguintes 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.

4.1 - Distrito Sanitário Especial Indígena

4.1.1 - Conceito

O conceito utilizado nesta proposta define o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etnocultural 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.

A definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá levar em consideração os seguintes critérios:

- população, área geográfica e perfil epidemiológico;
- disponibilidade de serviços, recursos humanos e 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;
- distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

4.1.2 – Organização

Para a definição e organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverão ser realizadas discussões e debates com a participação de lideranças e organizações indígenas, do órgão indigenista oficial, de antropólogos, universidades e instituições governamentais e não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas, além de secretarias municipais e estaduais de Saúde.

Cada distrito organizará uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do

Sistema Único de Saúde. As Comissões Intergestores Bipartites são importantes espaços de articulação para o eficaz funcionamento dos distritos.

As equipes de saúde dos distritos deverão ser 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 o planejamento detalhado de atividades, considerando: 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 a ser definido conforme a diretriz específica desta política.

Nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde, nos postos de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme planejamento das suas ações.

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades terão uma outra instância de atendimento, que serão os Pólos-Base. Os pólos são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. 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. A maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível.

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. Essa rede já tem sua localização geográfica definida e será articulada e incentivada a atender os índios, levando em consideração a realidade sócio-econômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento.

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades, de-verão ser definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas (como os relativos a restrições/prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérprete, visita de terapeutas tradicionais, instalação de redes, entre outros) quando considerados necessários pelos próprios usuários e negociados com o prestador de serviço.

Deverão ser oferecidos, ainda, serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde.

Tais serviços serão prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos distritos a partir da readequação das Casas do Índio. Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de 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.

Além disso, as Casas deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades.

4.2 - Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não.

O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde deverá ser concebido como parte do processo de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Será desenvolvido em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores, devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e das lideranças e organizações indígenas.

O processo de formação dos agentes indígenas de saúde será elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (Lei nº 9.394/96), no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico). Deverá seguir metodologia participativa, propícia à comunicação intercultural, de modo a favorecer o processo recíproco de aquisição de conhecimentos. Os estudos e levantamentos sócio antropológicos existentes e os realizados de forma participativa deverão ser aproveitados como subsídios à formação de recursos humanos e à própria prestação de serviços.

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas fará gestões, junto aos órgãos e instituições competentes no campo da educação, no sentido de obter a certificação de competências para os agentes que seguirem o processo de formação, inclusive aqueles já capacitados, de acordo com o que faculta a Lei nº 9.394/96.

A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços. Deverão ser promovidos cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas) das várias instituições que atuam no sistema.

As instituições de ensino e pesquisa serão estimuladas a produzir conhecimentos e tecnologias adequadas para a solução dos problemas de interesse das comunidades e propor programas especiais que facilitem a inserção de alunos de origem indígena, garantindo-lhes as facilidades necessárias ao entendimento do currículo regular: aulas de português, apoio de assistentes sociais, antropólogos e pedagogos, currículos diferenciados e vagas especiais.

O órgão responsável pela execução desta política organizará um processo de educação continuada para todos os servidores que atuam na área de saúde indígena.

4.3 - Monitoramento das ações de saúde

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário, será organizado sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena.

Esse sistema deverá identificar informações que atendam às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde, como a organização dos serviços no Distrito Sanitário, particularmente no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade.

Essas informações servirão também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação

programática, facilitando a participação das comunidades no planejamento e na avaliação das ações.

Os instrumentos para coleta de dados no território distrital serão propostos por equipe técnica do órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Estes instrumentos poderão ser adaptados à realidade local, mas terão que permitir a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo de adoecer para buscar intervenções específicas de cada povo.

O fluxo de informações será pactuado com os municípios de referência e/ou estados. Os dados gerados nos serviços de referência da rede do SUS serão encaminhados para os distritos. Nas circunstâncias especiais, em que couber ao distrito viabilizar todo o serviço de assistência na sua área de abrangência, o mesmo repassará estas informações para os respectivos municípios e/ou estados, a fim de alimentar continuamente os bancos de dados nacionais. O acesso permanente ao banco de dados deverá estar assegurado a qualquer usuário.

Deverá ser facilitado o acesso aos dados para a produção antropológica, de modo a facilitar a qualificação e a análise dos dados epidemiológicos, com a participação de antropólogos especialistas que atuam na região e dos agentes tradicionais de saúde indígena.

O Acompanhamento e Avaliação desta política terá como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI- referente à saúde dos povos indígenas. Os aspectos a serem acompanhados e avaliados incluirão a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas. O SIASI deverá subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas.

4.4 - Articulação dos Sistemas Tradicionais Indígenas de Saúde

Todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças. Esses sistemas tradicionais de saúde são, ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais. Sendo parte integrante da cultura, esses sistemas condicionam a relação dos indivíduos com a saúde e a doença e influem na relação com os serviços e os profissionais de saúde (procura ou não dos serviços de saúde, aceitabilidade das ações e projetos de saúde, compreensão das mensagens de educação para a saúde) e na interpretação dos casos de doenças.

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde.

Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligados ao processo saúde-doença.

O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local.

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas.

A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas.

4.5 - Promoção ao uso adequado e racional de medicamentos

As ações que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena, tais como seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância – nesta compreendida a dispensação e a prescrição –, devem partir, em primeiro lugar, das necessidades e da realidade epidemiológica de cada Distrito Sanitário e estar orientadas para garantir os medicamentos necessários.

Devem também compor essas ações as práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas, que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopéia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos a saúde. Essa prática deve ser valorizada e incentivada, articulando-a com as demais ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Assim, os pressupostos que devem orientar os gestores, no sentido de tornar efetivas as ações e diretrizes da assistência farmacêutica para os povos indígenas, em conformidade com as orientações da Política Nacional de Medicamentos, são:

- a) descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- b) promoção do uso racional dos medicamentos essenciais básicos e incentivo e valorização das práticas farmacológicas tradicionais;
- c) avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento, baseadas em decisão de grupo técnico interdisciplinar de consenso, considerando as variáveis socioculturais e as situações especiais (como grupos indígenas isolados ou com pouco contato, com grande mobilidade e em zonas de fronteira);
- d) controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos, por meio de estudos clínicos, epidemiológicos e antropológicos específicos;
- e) promoção de ações educativas no sentido de se garantir adesão do paciente ao tratamento, inibir as práticas e os riscos relacionados com a automedicação e estabelecer mecanismos de controle para evitar a troca da medicação prescrita e a hipermedicação;
- f) autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação da farmacopeia tradicional indígena, seus usos, conhecimentos e práticas terapêuticas, com promoção do respeito às diretrizes, políticas nacionais e legislação relativa aos recursos genéticos, bioética e bens imateriais das sociedades tradicionais.

4.6 - Promoção de ações específicas em situações especiais

Para a efetiva implementação e consolidação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deverão ser consideradas e priorizadas ações para situações consideradas especiais, isto é, caracterizadas, fundamentalmente, por risco iminente, especificidade do processo saúde-doença, impactos econômico e social de grandes projetos de desenvolvimento,

vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição a determinados agravos, como as doenças sexualmente transmissíveis e a aids, o suicídio, e os desastres ambientais, entre outros.

Estas ações e situações especiais devem, portanto, contemplar:

1 - prevenção e controle de agravos à saúde em povos com pouco contato ou isolados, com estabelecimento de normas técnicas específicas e ações de saúde especiais que diminuam o impacto causado à saúde no momento do contato e pelos desdobramentos posteriores. Deverão ser contemplados: a preparação e capacitação de equipes de saúde para situações especiais, quarentena pré e pós-contato, imunização da população, estruturação de sistema de vigilância e monitoramento demográfico;

2 - prevenção e controle de agravos à saúde indígena nas regiões de fronteira, em articulação com as instituições nacionais, e cooperação técnica com os países vizinhos;

3 - exigência de estudos específicos de impactos na saúde e suas repercussões no campo social, relativos a populações indígenas em áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social (tais como a construção de barragens, estradas, empreendimentos de exploração mineral, etc.), com implementação de ações de prevenção e controle de agravos;

4 - acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações que venham coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e da expropriação e intrusão das terras indígenas;

5 - prevenção e assistência em doenças sexualmente transmissíveis e aids, priorizando a capacitação de multiplicadores, dos agentes indígenas de saúde e de pessoal técnico especializado para atuar junto aos portadores destas doenças;

6 - combate à fome e à desnutrição e implantação do Programa de Segurança Alimentar para os povos indígenas, incentivando a agricultura de subsistência e a utilização de tecnologias apropriadas para beneficiamento de produtos de origem extrativa, mobilizando esforços institucionais no sentido de garantir assessoria técnica e insumos para o aproveitamento sustentável dos recursos;

7 - desenvolvimento de projetos habitacionais adequados e reflorestamento com espécies utilizadas tradicionalmente na construção de moradias.

4.7- Promoção da ética nas pesquisas e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas

O órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas, em conjunto com o órgão indigenista oficial, adotará e promoverá o respeito à Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e à Resolução nº 304/2000, que diz respeito à temática especial: pesquisas envolvendo populações indígenas. Igualmente, será promovido o cumprimento das normas do Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução nº 1.246/88, do Conselho Federal de Medicina, bem como a realização de eventos que visem aprofundar a reflexão ética relativa à prática médica em contextos de alta diversidade sociocultural e linguística.

4.8 - Promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena

O equilíbrio das condições ambientais nas terras indígenas é um fator de crescente importância para a garantia de uma atenção integral à saúde dos povos indígenas. Mesmo nos casos em que a definição de limites e o processo de demarcação das terras indígenas tenham ocorrido de forma

satisfatória, assegurando-se as condições indispensáveis para o futuro dos ocupantes, e mesmo que estes se incluam entre os grupos mais isolados e com contatos menos frequentes e desestabilizadores com a sociedade envolvente, há demandas importantes colocadas na interface entre meio ambiente e saúde para populações indígenas.

Por um lado, a ocupação do entorno das terras indígenas e a sua intermitente invasão por terceiros, com desmatamento, queimadas, assoreamento e poluição dos rios, têm afetado a disponibilidade de água limpa e de animais silvestres que compõem a alimentação tradicional nas aldeias. Por outro, as relações de contato alteraram profundamente as formas tradicionais de ocupação, provocando concentrações demográficas e deslocamentos de comunidades, com grande impacto sobre as condições sanitárias das aldeias e sobre a disponibilidade de alimentos e de outros recursos naturais básicos no seu entorno.

As prioridades ambientais para uma política de atenção à saúde dos povos indígenas devem contemplar a preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação à distância nas comunidades que não dispõem de água potável; a construção de sistema de esgotamento sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas; a reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional; e o controle de poluição de nascentes e cursos d'água situados acima das terras indígenas.

As ações de saneamento básico, que serão desenvolvidas no Distrito Sanitário, de-verão ter como base critérios epidemiológicos e estratégicos que assegurem à população água de boa qualidade, destino adequado dos dejetos e lixo e controle de insetos e roedores.

4.9 - Controle social

A participação indígena deverá ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, contemplando expressões formais e informais.

Essa participação dar-se-á especialmente por intermédio da constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; por Reuniões Macrorregionais; pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

Os Conselhos Locais de Saúde serão constituídos pelos representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos Pólos-Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros.

Os representantes que farão parte do Conselho Local de Saúde serão escolhidos pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do Distrito.

Essa é uma instância privilegiada para articulação com gestores locais para encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde.

Os Conselhos Distritais de Saúde serão instâncias de Controle Social, de caráter deliberativo e constituídos, de acordo com a Lei nº 8.142/90, observando em sua composição a paridade de 50% de usuários e 50% de organizações governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores do setor de saúde dos respectivos distritos.

Todos os povos que habitam o território distrital deverão estar representados entre os usuários. Aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento de intérprete.

Os presidentes dos conselhos serão eleitos diretamente pelos conselheiros, que devem elaborar o regimento interno e o plano de trabalho de cada Conselho Distrital.

Os Conselhos Distritais serão formalizados pelo presidente do órgão responsável pela execução desta política, mediante portaria publicada no Diário Oficial.

Como forma de promover a articulação da população indígena com a população regional na solução de problemas de saúde pública, deve ser favorecida a participação de seus representantes nos Conselhos Municipais de Saúde.

Deve ser ainda estimulada a criação de Comissões Temáticas ou Câmaras Técnicas, de caráter consultivo, junto aos Conselhos Estaduais de Saúde, com a finalidade de discutir formas de atuação na condução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

O Controle Social, no âmbito nacional, será exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI, já existente e em funcionamento.

As Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas deverão fazer parte das Conferências Nacionais de Saúde e obedecerão à mesma periodicidade.

5 - Responsabilidades institucionais

As características excepcionais da assistência à saúde dos povos indígenas determinam a necessidade de uma ampla articulação em nível intra e intersetorial, cabendo ao órgão executor desta política a responsabilidade pela promoção e facilitação deste processo. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas prevê a existência de uma atuação coordenada, entre diversos órgãos e ministérios, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito.

- Articulação intersetorial

Deverão ser definidos mecanismos de articulação intersetorial que possam fazer frente aos diferentes determinantes envolvidos nos processos de saúde e doença que afetam essas populações.

O órgão executor das ações de atenção à saúde dos povos indígenas buscará, em conjunto com o órgão indigenista oficial, parcerias para a condução desta política, principalmente no que diz respeito a alternativas voltadas para a melhoria do nível de saúde dos povos indígenas.

- Articulação intra-setorial

Do ponto de vista da articulação intra-setorial, é necessário um envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de um planejamento pactuado nos Distritos Sanitários Indígenas que resguarde o princípio da responsabilidade final da esfera federal e um efetivo Controle Social exercido pelas comunidades indígenas.

5.1 - Ministério da Saúde

Os direitos indígenas têm sede constitucional e são de competência federal, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela gestão e direção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Conforme determinação do Decreto nº 3.146, de 27 de agosto de 1999 (Art. 3º), a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA – é o órgão responsável pela

execução das ações. As atribuições da FUNASA, em articulação com as Secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde, são as seguintes:

- estabelecer diretrizes e normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;
- promover a articulação intersetorial e intra-setorial com as outras instâncias do Sistema Único de Saúde;
- coordenar a execução das ações de saúde e exercer a responsabilidade sanitária sobre todas as terras indígenas no país;
- implantar e coordenar o sistema de informações sobre a saúde indígena no país.

A Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, por intermédio do Departamento de Saúde Indígena - DESAI, desenvolverá atividades objetivando a racionalização das ações desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que incluirão a promoção de encontros regionais, macrorregionais e nacionais para avaliar o processo de implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

5.2 - Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

As Secretarias Estaduais e Municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde/FUNASA. É indispensável a integração das ações nos programas especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças se-xualmente transmissíveis e aids, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS. Deverá se dar atenção, também, às doenças crônico-degenerativas (como o câncer cérvico-uterino; diabetes etc.) que já afetam grande parte da população indígena no país.

5.3 - Fundação Nacional do Índio - FUNAI/MJ

A Fundação Nacional do Índio - FUNAI é o órgão indigenista oficial, vinculado ao Ministério da Justiça, responsável pela coordenação das ações do governo federal destinadas a assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas no país. Entre suas principais atribuições está a garantia dos territórios indígenas, por meio de uma política de demarcação, fiscalização e retirada de invasores, ação que assume relevância primordial entre os fatores determinantes de saúde e qualidade de vida destas populações. Os projetos de desenvolvimento sustentável e manejo adequado do meio ambiente deverão ser priorizados por essa instituição. A FUNAI deve fazer o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em prol das comunidades indígenas.

5.4 - Ministério da Educação

Uma estreita cooperação com o Ministério da Educação e Secretarias Estaduais de Educação é de importância vital para a execução de diversos aspectos desta política. Entre estes, destacam-se a necessidade de integração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com os currículos básicos das escolas indígenas, a garantia do ensino fundamental em programas especiais para jovens e adultos como componente fundamental na formação dos Agentes Indígenas de Saúde, o envolvimento das universidades nas atividades de pesquisa e extensão, a capacitação e certificação dos agentes indígenas de saúde e dos profissionais de saúde que atuam nas áreas, assim como o apoio ao desenvolvimento de atividades de educação comunitária em bases culturalmente adequadas.

5.5 - Ministério Público Federal

A participação do Ministério Público Federal tem como objetivo garantir o cumprimento dos preceitos constitucionais assegurados aos povos indígenas no país, que devem obedecer aos

princípios da autonomia, equidade e respeito à diversidade cultural em todas as políticas públicas a eles destinadas.

5.6 - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/CNS

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CONEP foi criada pelo Conselho Nacional de Saúde com o intuito de elaborar e acompanhar a aplicação das normas que devem regulamentar as pesquisas envolvendo seres humanos no país. A articulação com esta comissão visa à vigilância ao cumprimento dos princípios da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e, especialmente, da Resolução nº 304/2000, em virtude dos riscos adicionais que podem apresentar as pesquisas junto a populações indígenas decorrentes de sua condição excepcional.

5.7 - Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI/CNS

O funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI, órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde, com participação de instituições públicas, organizações não-governamentais e organizações representativas dos povos indígenas, tem por finalidade o acompanhamento da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em nível nacional, recomendando medidas para a sua correta execução. Essa comissão atende às exigências do controle social estabelecidas na Lei nº 8.080/90, devendo ter participação paritária de membros escolhidos pelos povos indígenas e suas organizações representativas.

6 – Financiamento

As ações a serem desenvolvidas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão financiadas pelo orçamento da FUNASA e do Ministério da Saúde, podendo ser complementada por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada. Os estados e municípios também deverão atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS. O financiamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá ser de acordo com o montante de população, situação epidemiológica e características de localização geográfica.

(Of. El. nº 38)

ANEXO B

PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA Período: 2008-2010

XIV - SANEAMENTO BÁSICO

TIPO DE OBRA	Local da Obra (município/aldeia)	População beneficiada	Estágio da Construção	PROGRAMAÇÃO (1)		VALOR ESTIMADO (2) (R\$ 1,00)
				Início	Termino	
Sistema de Abastecimento de água	Lábrea -DSEI MP		Poço	Março	Novembro	1.600.000.00
	Aldeia Crispiim		Poço	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia Nova		Poço	Março	Novembro	200.000.00
	Fortaleza		Poço	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia Japiim		Poço	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia Boa Vista (próxima à zona urbana)					
	Aldeia Nova Esperança (próxima à zona).		Poço	Março	Novembro	200.000.00
	Urbana)					
	Aldeia Abaquadi		Poço	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia Iminaã,		Poço	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia Marrecão		Poço	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia São Pedro,		Poço	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia Tawamirim		Poço	Março	Novembro	200.000.00
	AldeiaTumiã		Poço	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia Castanheira		Poço	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia Itacoape					

TIPO DE OBRA	Local da Obra (município/aldeia)	População beneficiada	Estágio da Construção	PROGRAMAÇÃO (1)		VALOR ESTIMADO (2) (R\$ 1,00)
				Início	Termino	
Melhorias Sanitárias Domiciliares	Lábrea -DSEI MP		Box Domiciliar	Abril	Novembro	200.000,00
	Aldeia Crispiim		Box Domiciliar	Abril	Novembro	320.000,00
	Aldeia Nova		Box Domiciliar	Abril	Novembro	320.000,00
	Fortaleza		Box Domiciliar	Abril	Novembro	320.000,00
	Aldeia Japiim		Box Domiciliar	Abril	Novembro	320.000,00
	Aldeia Boa Vista (próxima a zona urbana)		Box Domiciliar	Abril	Novembro	320.000,00
	Aldeia Nova Esperança (próxima a zona Urbana)		Box Domiciliar	Abril	Novembro	320.000,00
	Aldeia Abaquadi		Box Domiciliar	Abril	Novembro	80.000,00
	Aldeia Iminaã		Box Domiciliar	Abril	Novembro	320.000,00
	Aldeia Marrecão		Box Domiciliar	Abril	Novembro	320.000,00
	Aldeia São Pedro		Box Domiciliar	Abril	Novembro	320.000,00
	Aldeia Casa Nova		Box Domiciliar	Abril	Novembro	320.000,00
	Aldeia Tawamirim		Box Domiciliar	Abril	Novembro	320.000,00
	Aldeia Tumiã		Box Domiciliar	Abril	Novembro	320.000,00
	Aldeia Castanheira		Box Domiciliar	Abril	Novembro	320.000,00
	Aldeia Itacoape					
Esgoto						

TIPO DE OBRA	Local da Obra (município/aldeia)	População beneficiada	Estágio da Construção	PROGRAMAÇÃO (1)		VALOR ESTIMADO (2) (R\$ 1,00)
				Início	Termino	
Destinação Adequada de Dejetos	Lábrea -DSEI MP		Fossa Absorvente	Março	Novembro	1.400.000.00
	Aldeia Crispiim		Fossa Absorvente	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia Nova		Fossa Absorvente	Março	Novembro	200.000.00
	Fortaleza		Fossa Absorvente	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia Japiim		Fossa Absorvente	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia Boa Vista (próxima à zona urbana)		Fossa Absorvente	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia Nova Esperança (próxima à zona). Urbana)		Fossa Absorvente	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia Abaquadi		Fossa Absorvente	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia Iminaã,		Fossa Absorvente	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia Marrecão		Fossa Absorvente	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia São Pedro		Fossa Absorvente	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia Tawamirim		Fossa Absorvente	Março	Novembro	200.000.00
	AldeiaTumiã		Fossa Absorvente	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia Água Branca		Fossa Absorvente	Março	Novembro	200.000.00
	Aldeia Casa Nova		Fossa Absorvente	Março	Novembro	200.000.00

TIPO DE OBRA	Local da Obra (município/aldeia)	População beneficiada	Estágio da Construção	PROGRAMAÇÃO (1)		VALOR ESTIMADO (2) (R\$ 1,00)
				Início	Termino	
Melhorias em Unidades de Saúde	Lábrea -DSEI MP		Construções	Março	Novembro	700.000,00
	Aldeia Crispiim		Construções	Março	Novembro	50.000,00
	Aldeia Nova		Construções	Março	Novembro	50.000,00
	Fortaleza		Construções	Março	Novembro	50.000,00
	Aldeia Japiim		Construções	Março	Novembro	50.000,00
	Aldeia Boa Vista (próxima à zona urbana)		Construções	Março	Novembro	50.000,00
	Aldeia Nova Esperança (próxima à zona). urbana)		Construções	Março	Novembro	50.000,00
	Aldeia Abaquadi		Construções	Março	Novembro	50.000,00
	Aldeia Iminaã,		Construções	Março	Novembro	50.000,00
	Aldeia Marrecão		Construções	Março	Novembro	50.000,00
	Aldeia São Pedro		Construções	Março	Novembro	50.000,00
	Aldeia Tawamirim		Construções	Março	Novembro	50.000,00
	Aldeia Tumiã		Construções	Março	Novembro	50.000,00
	Aldeia Castanheira		Construções	Março	Novembro	50.000,00
Aldeia Itacoape		Construções	Março	Novembro	50.000,00	
Prédio da Funasa Ampliação -Espaço Físico	Lábrea -DSEI MP		Ampliação	Fevereiro	Novembro	300.000,00
TOTAL						6.090.000,00

(1) Informar mês e ano do início e término da obra.

(2) Este valor não integra o montante do DSEI.

Fonte: FUNASA/MS, 2011

ANEXO – C

PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDIGENA 2011

QUADRO XVIII – NECESSIDADES DE OBRAS DE SANEAMENTO											
ITEM	MUNICÍPIO	ALDEIA	ABASTECIMENTO Tipo ¹ : 1, 2 ou 3			MELHORIA SANITÁRIA Tipo ¹ : 1, 2 ou 3 ¹			ESGOTO Tipo: 1, 2 ou 3 ¹		
			Quant. POPUL. BENEF.	Tipo	VALOR ESTIMADO	Quant. POPUL. BENEF	Tipo	VALOR ESTIMADO	Quant. POPUL. BENEF	Tipo	VALOR ESTIMADO
1.	Dsei_Medio Purus	91	6.499	2	6.000,000, 00	6.499	2	10.000,000,00	6.499	2	6.000.000,00
<p>Justificativa: Melhorias Sanitárias Domiciliares são intervenções promovidas nos domicílios, com o objetivo de atender às necessidades básicas de saneamento das famílias, por meio de instalações sanitárias mínimas, relacionadas aos diversos usos da água e o destino adequado dos esgotos no domicílio. O Dsei possui uma população desprovida de recursos financeiros, originária de pescadores e agricultores na sua grande maioria, necessitando, portanto, de ações para melhoria da sua qualidade de vida. Portanto faz-se necessário a implantação de projetos de saneamento básico, uma vez que é grande a deficiência dos povos indígenas, o que vem ocasionando a disseminação de doenças infectocontagiosas em sua população (principalmente hepatite, verminoses entre outras etc.). O projeto propõe a execução de módulos sanitários domiciliares, que irar melhorar, substancialmente, as condições de higiene e solucionar os problemas gerados pelo contato com águas servidas e diretas. Portanto as Aldeias não dispõem de nenhum tipo de melhorias sanitárias domiciliares.</p>											
2.											
<p>Justificativa:</p>											
3.											
<p>Justificativa:</p>											
4.											

Fonte: FUNASA/MS, 2011

ANEXO – E

**ENTREVISTA COM COORDENADOR NACIONAL DO
PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE INDÍGENA**



Universidade de Brasília (UnB)
Centro de Desenvolvimento Sustentável (CDS)
Mestrado Profissional em Desenvolvimento Sustentável (MPDS)
Área de Concentração: Sustentabilidade junto a Povos e Terras Tradicionais
Modalidade: Sustentabilidade junto a Povos e Terras Indígenas

Entrevista realizada em 17 de junho de 2012 com o Coordenador Nacional, André Luiz Martins, do Programa Brasil Sorridente - Ação Saúde Bucal Indígena:

André Luiz Martins é Cirurgião Dentista e atua na Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, desde o ano de 2004, através do contrato por uma Organização Não Governamental conveniada com Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Negro, localizado no município de São Gabriel da Cachoeira, no estado do Amazonas. A partir de 2008 foi atuar no nível nacional em Brasília/DF, contratado como Consultor Técnico da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no Departamento de Saúde Indígena (DESAI) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), apoiando as ações de Saúde Bucal Indígena nos 34 DSEI. O André Martins manteve seu contrato com a OPAS, já na Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) atuando na Coordenação Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena (CGAPSI).

Iniciamos a entrevista explicando o objetivo e tema do nosso diálogo “Resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde em Terras Indígenas” perguntando sobre a possibilidade de citá-lo no texto do trabalho escrito e ele respondeu que ficasse à vontade para utilizar as informações colhidas sobre o assunto. E iniciou o diálogo relatando das experiências de trabalho dos profissionais de saúde em terras indígenas de difícil acesso dizendo que é bem conhecida, desde épocas passadas, se referindo ao período do SPI, no início do século XX.

Preferimos deslizar num diálogo, ali mesmo na CGAPSI, na sua mesa de trabalho, num momento em que vários outros colegas estavam ausentes em viagens à serviço. Utilizei as abreviações dos nomes SLG (Solange Lima Gomes) e ALM (André Luiz Martins) para facilitar a descrição dos diálogos:

SLG: *André quanto tempo você atuou nas aldeias?*

ALM: *cerca de seis anos atrás, contratado pela FOIRN e depois resolvi vir trabalhar em Brasília no DESAI na área de Saúde Bucal, junto com você lembra?*

SLG: *Ah! Sim. FOIRN é Federação das Organizações dos Indígenas do Alto Rio Negro? É isso mesmo?*

ALM: *Isso mesmo.*

SLG: *Ah! Fomos recepcionados pelo Diretor do DESAI no auditório da FUNASA junto com outros colegas de outros setores! E aí... continua gostando de Brasília?*

ALM: *Nossa! Aprendi muito por aqui mas de vez em quando sinto falta de estar trabalhando nas aldeias.*

SLG: *o que você fazia no DSEI*

ALM: *ah! Logo quando cheguei no DSEI fazia de tudo, rs..rs.. mas depois fui atuar como Coordenador Técnico da Saúde Bucal organizando as entradas e saídas dos profissionais nas aldeias e tudo era e ainda continua muito difícil. Os acessos até chegar nas aldeias é o que mais atrapalha os trabalhos. As subidas e descidas das cachoeiras são sempre muito perigosas e muitos colegas desistem após a primeira entrada. Também tem muitas caminhadas até chegar lá na aldeia. Quando se chega nas aldeias agente enfrenta aqueles alojamentos com pouca estrutura para passar até 30 dias. É difícil... é complicado!*

SLG: *e a logística para armazenar os resíduos produzidos pelas equipes de saúde?*

ALM: *Ih...! Isso quase não existe. As equipes tentam ao máximo não fazer lixo e alguns ainda tentam trazer de volta mas o DSEI não dá estrutura para isso e aí a equipe acaba enterrando o lixo lá mesmo no Polo Base da aldeia. Muitas vezes a voadeira vem muito cheia de caixas e materiais de trabalho e o lixo toma espaço nas voadeiras daí a equipe faz queimada do lixo dentro dos buracos e depois enterra.*

SLG: *... e aqueles resíduos de saúde?*

ALM: *ele é quase tratado do mesmo jeito. Aqueles resíduos que são perfuro-cortantes são colocados dentro das garrafas pet, porque elas protegem mais. É mais seguro até para retornar nas voadeiras e como não é de papelão como os 'descarpak', as garrafas armazenam melhor os perfuro-cortantes e ficam mais seguros dentro das voadeiras, até mesmo quando pegamos chuva na viagem de retorno ao DSEI. Como te falei, é difícil a logística nas aldeias e o lixo fica em último lugar na escala de prioridades. As equipes sempre estão muito preocupadas em ter espaços para colocar os equipamentos e materiais nas voadeiras quando vão sair das aldeias, após 30 dias longe de tudo! Além do mais os DSEI em geral não dão suporte para isso!*

SLG: *e aqueles resíduos que não voltam na voadeira como é que fica ?*

ALM: *Não fica ... rs...rs... Na verdade, as equipes queimam e enterram ali mesmo perto do Polo base. Eles cavam um buraco coloca tudo, à exceção dos perfuro-cortantes, toca fogo e fica esperando o fogo acabar, depois enterra tudo, para evitar que algum morador da aldeia venha mexer nos rejeitos queimados.*

SLG: *Você tomou conhecimento do primeiro diagnóstico sobre resíduos sólidos nas aldeias, feito pelo pessoal da CGESA?*

ALM: *Ah! Foi aquele que você me passou? Se for esse, tomei conhecimento porque foi você que enviou para meu e-mail.*

SLG: *o que você achou do resultado?*

ALM: *Eu tô surpreso com algumas respostas! Algumas das respostas não refletem a realidade dos DSEI. O percentual do resultado dos que falam do retorno do lixo é muito alto para a realidade dos Polos. Pode ser que algum ou outro retorne da aldeia com o lixo mas acho isso muito difícil, mesmo para aqueles Polos que não são de difícil acesso. Agente, a SESAI, não tem programa de ações de resíduos sólidos e fica a critério de cada DSEI fazer essas ações. O resultado de 80,9% de retorno do lixo para o DSEI pode ser "aqueles descartes dos perfuro-cortantes como agulhas, pequenos bisturis, lâminas, que pela Vigilância Sanitária são obrigados a ser guardados em segurança nos descarpak até voltarem à algum lugar seguro longe de contatos humanos para evitar contaminações.*

SLG: *o que você acha que pode ser feito para alterar essa situação?*

ALM: *A SESAI e a CSEGA tem que correr para trabalhar as questões do lixo nas aldeias com educação para os profissionais e para as comunidades. Claro que o município tem que estar nessa discussão pois o lixo final termina ficando na responsabilidade do município.*

SLG: *André, colega, valeu pelas informações e caso precise de mais informações posso te procurar !? (já estava na hora do almoço e ele precisava sair!)*

ALM: *vamos continuar conversando sobre isso, durante tuas pesquisas....*

Nossa conversa encerrou ao meio dia. No dia seguinte o André Martins ficou envolvido em reuniões intersetoriais do Ministério da Saúde, sobre o Programa Brasil Sorridente. Em seguida viajou para cumprimento de agendas com visitas *in loco* aos DSEI, em vários estados.

Brasília/DF, 17 de junho de 2012.