

ATENDIMENTO PREFERENCIAL (OU COTAS) NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA INDÍGENAS ISOLADOS E DE RECENTE CONTATO: O CASO DOS INDÍGENAS SURUWAHA NO AMAZONAS

1 – Introdução:

A Constituição Federal de 1988 especifica em seu artigo 5º, caput que **“Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”**. Da mesma forma, o art. 2º, inciso IV da Carta Magna preceitua dentre os objetivos da República Federativa do Brasil **“promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”**. O art.196 da Constituição, a seu turno, preconiza que **“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”** A Lei 8080-1990 em seu artigo 7º, IV, preceitua, dentre os princípios do Sistema Único de Saúde a **“igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”**. Em contraposição a isso, a mesma Constituição da República preceitua em seu art. 231 **o respeito às peculiaridades culturais dos povos indígenas**, reconhecendo aos índios **“sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições.”**

O presente trabalho pretende investigar se frente aos princípios da igualdade e da equidade que inspiram o Sistema Único de Saúde é possível a previsão de cotas ou de atendimento prioritário e preferencial para os povos indígenas isolados ou de recente contato, os quais, já bastante reduzidos em número perante a população nacional ¹, apresentam alto grau de vulnerabilidade, em virtude do risco de contaminação por doenças da sociedade envolvente (risco este majorado quando do atendimento à saúde desses povos indígenas no âmbito do SUS, em razão dos contatos com os profissionais de saúde e pacientes), com a disseminação de doenças dentro de suas comunidades indígenas, colocando em perigo a saúde e a vida desses povos.

¹ Segundo dados do IBGE de 2010, a população indígena no Brasil foi contabilizada em 817.963 (oitocentos e dezessete mil, novecentos e sessenta e três indígenas), o que corresponde a 0,42 % da população nacional de 190.755.799 (cento e noventa milhões, setecentos e cinquenta e cinco mil, setecentos e noventa e nove) brasileiros. Veja-se: <http://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas>. A Funai, instituição responsável pela política indigenista do Estado brasileiro, tem um órgão responsável para proteger os povos indígenas isolados e de recente contato, qual seja, a Coordenação Geral de Índios Isolados e Recém Contatados (CGIIRC), que confirmou a existência de 28 desses grupos. A CGIIRC está organizada em doze Frentes de Proteção Etnoambiental (Juruena, Awa-Guajá, Cuminapanema, Vale do Javari, Envira, Guaporé, Madeira, Madeirinha, Purus, Médio Xingu, Uru-Eu-Wau-Wau e Yanomami), que atuam na Amazônia brasileira, em regiões onde houve confirmação da presença de índios isolados e também onde vivem povos de recente contato. O contingente populacional dos indígenas Suruwahá foi contabilizado pela FUNASA em 2010 em 120 (cento e vinte) indígenas. Veja-se o seguinte site: <http://pib.socioambiental.org/pt/c/no-brasil-atual/quem-sao/onde-estao-os-isolados>

Todos os que trabalham com a temática saúde indígena têm conhecimento das dificuldades especialmente enfrentadas pelos indígenas que saem de suas comunidades, para buscar atendimento de saúde nas capitais, hospedando-se nas casas de atenção a saúde indígena (Casai's), deixando as suas famílias de origem, para aguardar por meses e até mesmo anos a realização de consultas, exames e procedimentos². Muito embora semelhante dificuldade seja também enfrentada pelos não indígenas oriundos do interior, tratar-se – á, no presente caso, das dificuldades especialmente enfrentadas por povos indígenas isolados ou de recente contato, monolíngues, no acesso às ações de saúde, em virtude de suas **peculiaridades culturais**.

Durante o período em que atuei como Procuradora da República, representante da 6ª CCR (Índios e Minorias) no estado do Amazonas, e nas oportunidades em que inspecionei a Casai (Casa de Atenção à Saúde Indígena) de Manaus, pude verificar *in loco* as dificuldades enfrentadas pelos indígenas que vinham das mais diferentes cidades do interior do Amazonas, com o objetivo de buscaram atendimento à saúde na capital amazonense.

Neste sentido é que se coloca a presente questão: é possível falar em cotas ou em atendimento preferencial e prioritário para os povos indígenas isolados ou de recente contato no âmbito do SUS, tendo em vista as peculiaridades culturais desses povos? Se sim, como operacionalizar este atendimento preferencial diante da Regulação do Acesso à Assistência, preconizada pela Política Nacional de Regulação da Saúde (Portaria n.º 1.559 de 01 de agosto de 2008)?

No presente caso, tratar-se-á de caso objeto do ICP n.º 1.13.000.000279-2010-06 em tramitação na PR-AM (Procuradoria da República no Amazonas), o qual gerou a expedição da Recomendação n.º 07/2010 pelo MPF. Trata-se do caso de **quatro pacientes indígenas da etnia Suruwaha, de recente contato**, que pela primeira vez se deslocavam para a cidade de Manaus para atendimento de saúde, no ano de 2010, sem compreensão da língua portuguesa, e com baixa imunidade às doenças comuns à sociedade nacional envolvente.

Entende-se que o presente caso deve ser examinado com cautela, tendo em vista a importância que o princípio da isonomia guarda na configuração do SUS, bem como a finalidade da Regulação do Acesso à Assistência, de assegurar a igualdade de atendimento de saúde aos usuários do SUS, evitando o atendimento, nas vagas de internação, dos que pedem primeiro (sem considerar a gravidade do estado de saúde do paci-

² Fala-se aqui da situação dos indígenas que residem em comunidades no interior dos Estados da federação e não dos indígenas urbanos, que residem nas capitais e grandes centros.

ente), bem como a reserva de leitos pelos profissionais de saúde com base na influência pessoal.³

2 – O caso concreto:

No dia 17 de março de 2010, compareceu na sede da Procuradoria da República no Amazonas o Chefe do Posto Indígena Suruwaha da Funai, localizado na zona rural do município de Lábrea. O declarante informou que, no dia 08 de fevereiro do mesmo ano, saiu da terra indígena acompanhando seis indígenas da etnia Suruwaha, sendo dois acompanhantes e quatro pacientes, chamados Raoni, Juraci, Ubirajara e Yara⁴. Segundo o declarante, os aludidos indígenas “fazem parte de um povo indígena com alto grau de preservação sociocultural, que são monolíngues e não possuem qualquer compreensão da língua portuguesa, sendo a primeira vez que vem a cidade de Manaus, apresentando dificuldades de inserção no meio ambiente urbano e possuindo baixo grau de defesa imunológica a diversos tipos de enfermidade (..) Que, portanto, nesta data, quando se completa um mês de permanência dos Suruwaha em Manaus, nenhum tratamento efetivo foi realizado a benefício dos referidos pacientes indígenas. (..) que tal delonga para agendamento está relacionada à Central de Regulação de Vagas do SUS em Manaus; que o declarante entende que indígenas de recente contato como os Suruwahá não podem, de forma alguma, serem jogados na fila comum do SUS, sendo uma obrigação da FUNASA dispor de cotas de vagas que possam atender com maior brevidade esse tipo de paciente; (...) Que a ausência destes indígenas da maloca Suruwaha por períodos prolongados expõe de modo geral seus parentes à vulnerabilidade social pela ausência de responsáveis por suprir a subsistência por meio da caça. Que igualmente expõe estes parentes que ficaram na maloca Suruwaha a outras implicações culturais não desejadas decorrentes da falta de apoio no círculo de relações familiares indígenas”⁵

Consta dos autos do ICP (Inquérito Civil Público) que os indígenas Suruwaha saíram da cidade de Tapauá no dia 08 de fevereiro de 2010, tendo chegado à cidade de Lábrea no dia 13 de fevereiro. Considerando a falta de resolutividade da cidade de Lábrea, dirigiram-se para a cidade de Manaus no dia 16 de fevereiro. Na primeira semana da estada em Manaus, providenciou-se os documentos pessoais dos indígenas junto a Funai, com vistas a viabilizar o atendimento de saúde aos mesmos. Segundo o declarante, Chefe do Posto Indígena da Funai em Lábrea, nas tratativas para providenciar

³ Vide folder do SUS acerca do SISREG no site <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/folder/10006002759.pdf>

⁴ Nomes fictícios.

⁵ Vide pág. 06-08 do ICP n.º 1.13.000.000279/2010-06.

o atendimento de saúde dos indígenas, foram vários os obstáculos: um médico ortopedista negou-se a prestar atendimento, sob o argumento de que o caso não era emergencial, um dos pacientes perdeu o exame agendado por falhas da Casai (não providenciaram o deslocamento da paciente), a demora para a marcação das consultas e exames, a espera longa dos pacientes para serem atendidos nas unidades de saúde, sendo que na ocasião, um dos indígenas Suruwaha adquiriu gripe, a estada dos indígenas na residência de servidores e colaboradores da Funai em Manaus e Lábrea, tendo em vista a falta de estrutura da Casai Manaus para receber indígenas de pouco contato, em virtude do risco de contaminação dos mesmos por doenças.

Segundo informações do ICP, Juraci Suruwaha submeteu-se ainda no ano de 2008 a uma microcirurgia na região plantar do pé esquerdo, a qual não foi bem sucedida, estando impossibilitado de realizar grandes caçadas e de prover a alimentação de seu núcleo familiar. Raoni Suruwaha sofreu perfuração na perna esquerda por uma pedaço de madeira, durante uma caçada, em março de 2008; foi removido em setembro de 2009 para Lábrea para se submeter a uma microcirurgia; entretanto, ali chegando foi medicado e liberado, em virtude de nada ter sido encontrado em sua perna; mas já na viagem de retorno o local voltou a infeccionar. Ubirajara Suruwaha desde 2006 reclama da presença de um corpo estranho na região plantar de seu pé esquerdo, nunca passou por uma avaliação na cidade; não consegue caminhar por longas distâncias e é pai de três filhos, órfãos de mãe de tia. Sua filha, Yara, então com doze anos de idade, possui uma deficiência visual no olho esquerdo e nunca foi avaliada devidamente (fls. 17 do ICP). Veja-se, portanto, os problemas de saúde enfrentados pelos indígenas Suruwaha são bem anteriores ao deslocamento dos mesmos para Manaus em 2010, não demonstrando o SUS nenhuma resolutividade para a solução dos aludidos problemas.

Após a prestação de declaração pelos interessados no setor de atendimento ao cidadão do MPF no Amazonas, foi expedida a Recomendação n.º 007/2010 pelo MPF, recomendando:

“1. AO ESTADO DO AMAZONAS, por meio da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, que, ante as peculiaridades culturais e de saúde dos indígenas Raoni Suruwahá, Juraci Suruwahá, Ubirajara Suruwahá e Yara Suruwahá⁶ supra expostas, assegure tratamento prioritário e célere aos mesmos, mediante a realização das consultas, exames e intervenções médicas pertinentes ao atendimento à saúde dos aludidos pacientes indígenas, de forma a reduzir a permanência dos mesmos na capital, minorando, assim, as consequências advindas do contato com a população geral, a saber, os riscos à saúde dos indígenas, bem como a vulnerabilidade social do povo indígena Suruwahá;

2. À CORE/AM e à Casai Manaus que providencie os meios necessários para viabilizar o tratamento médico dos indígenas Raoni Suruwahá, Juraci Suruwahá, Ubirajara Suruwahá e Yara Suruwahá, viabilizando os deslocamentos para a realização de consultas, exames e intervenções cirúrgicas necessárias, inclusive assegurando as condições de estada dos indígenas e respectivos acompanhantes em Manaus, inclusive com o fornecimento de alimentação”.

⁶ Nomes fictícios.

Durante a instrução do procedimento, consta a informação de que o atendimento dos indígenas acima citados, que não demandaria tempo superior a quinze dias, perdurou mais de dois meses, somente não tendo se prolongado mais frente à atuação do MPF.

Consta dos autos ainda informação da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas no sentido de que o agendamento das consultas e exames dos indígenas deveria ter sido feito antes da chegada dos mesmos em Manaus, sendo que nos casos de não agendamento prévio, existia uma unidade com acesso ao SISREG (Sistema de Regulação)⁷, próxima à Casai Manaus, para fazer os agendamentos de consultas e exames para os indígenas. Informa ainda a SES-AM que a Casai Manaus, por não ter se credenciado no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), não podia fazer diretamente o agendamento no SISREG, mas que nada impediria a instituição de requerer esse credenciamento.

3 – O SUS e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena⁸:

Não obstante a existência, ao lado do Movimento Sanitarista (que lançou as bases do SUS, na Constituinte de 1988) do Movimento Sanitarista Indígena⁹, tem-se que a instituição de uma política de saúde diferenciada para os povos indígenas, que respeite as suas peculiaridades culturais, somente restou atendida com a edição da Lei Arouca (Lei 9836/1999), que criou o Subsistema de Atenção à Saúde indígena. Pertinente, citar, a esse respeito, os artigos 19-F e 19-G da Lei 8080-1990, alterada pela Lei 9836 – 1999:

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local **e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global**, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

⁷ Regulação é o desenvolvimento de estratégias que viabilizem o acesso adequado e oportuno aos serviços de saúde. Atua pelo lado da oferta, buscando otimizar os recursos assistenciais disponíveis, e pelo lado da demanda, buscando garantir a melhor alternativa assistencial em face das necessidades de atenção e de assistência à saúde da população, além de possibilitar a responsabilização dos gestores frente a estas necessidades. A Central de Regulação consiste na estrutura que operacionaliza a regulação do acesso assistencial. O SISREG (sistema de regulação) é a ferramenta de informática disponibilizada pelo Ministério da Saúde que permite o acesso em tempo real à Central de Regulação. Vide mais informações no folder do MS sobre o SISREG no site: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002759.pdf>.

⁸ Com a publicação do Decreto n.º 7797 – 2012, a responsabilidade pela saúde indígena é transferida da Funasa para a Secretaria Especial de Saúde Indígena, que integra o Ministério da Saúde, a qual é constituída das seguintes esferas: 1) Departamento de Gestão da Saúde Indígena; 2) Departamento de Atenção à Saúde Indígena; 3) Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena; e 4.) Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

⁹ Veja-se dissertação de Tatiane Portal Lima (2009, p. 24).

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, **devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.** (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 3º **As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.** (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

A respeito do direito dos povos indígenas à saúde, pertinente citar o art. 25 da Convenção 169 da OIT:

Artigo 25

1. Os governos deverão zelar para que sejam colocados à disposição dos povos interessados **serviços de saúde adequados** ou proporcionar a esses povos os meios que lhes permitam organizar e prestar tais serviços sob a sua própria responsabilidade e controle, a fim de que possam gozar do nível máximo possível de saúde física e mental.

2. Os serviços de saúde deverão ser organizados, na medida do possível, em nível comunitário. Esses serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar em conta as suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais.

3. O sistema de assistência sanitária deverá dar preferência à formação e ao emprego de pessoal sanitário da comunidade local e **se centrar no atendimento primário à saúde, mantendo ao mesmo tempo estreitos vínculos com os demais níveis de assistência sanitária.**

4. A prestação desses serviços de saúde deverá ser coordenada com as demais medidas econômicas e culturais que sejam adotadas no país.

Vale salientar que o Decreto n.º 3156 de 1999 (que regulamentou a Lei Arouca), em seu art. 1º, destaca que a **atenção à saúde indígena**, prestada no âmbito do subsistema, deve também atender aos princípios reitores do SUS, quais sejam, **universalidade, integralidade e equanimidade dos serviços de saúde**. O art. 2º, VII, preceitua dentre as diretrizes da atenção à saúde indígena “**a garantia aos índios** e às comunidades indígenas **de acesso** às ações de nível primário, secundário e terciário do Sistema Único de Saúde - SUS”, repetindo a mesma dicção da Lei 9836/1999.

Em 30 de janeiro de 2002, foi aprovada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria 254-2002), que tem como propósito “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.”

Segundo a aludida Política, nas aldeias (no âmbito dos postos de saúde), a

atenção básica é realizada pelos Agentes Indígenas de Saúde e também, periodicamente, pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, conforme o planejamento das ações, nos postos de saúde. Uma segunda instância de atendimento são os Pólos – Base, que podem estar localizados nas comunidades indígenas ou em algum município de referência. Não havendo resolatividade nos Pólos- Base, os indígenas são encaminhados para atendimento de média e alta complexidade pelo SUS em algum centro regional ou na capital do Estado. Verifica-se, ainda, como estrutura de apoio aos indígenas as denominadas Casais (Casas de Saúde Indígena), destinadas a “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.”¹⁰ A este respeito, pertinente citar fluxo de atendimento à saúde dos povos indígenas¹¹:

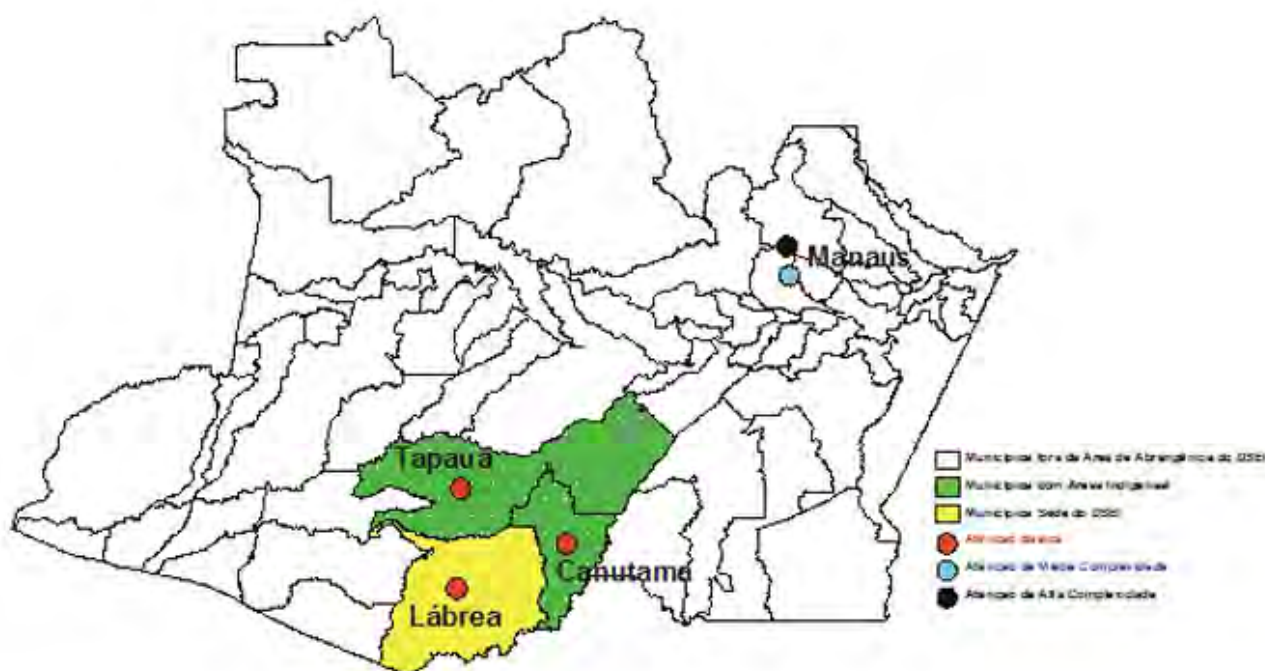


caso do DSEI Médio Rio Purus, caso dos autos, os indígenas Suruwaha se deslocaram de sua Terra Indígena, em Tapauá, para buscar atendimento de saúde no município de Lábrea; posteriormente foram referenciados para atendimento na capital amazonense. No DSEI Médio Purus, há Casais nos municípios de Lábrea e Tapauá, existindo também uma Casal no município de Manaus. Veja-se, a este respeito, tabela com fluxo do atendimento no DSEI Médio Purus¹² :

¹⁰ http://6ccr.pgr.mpf.gov.br/institucional/grupos-de-trabalho/saude/docs_legislacao/portaria_254_2002.pdf

¹¹ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1744

¹² In: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1769



Neste campo, reside a problemática do presente artigo, frente às dificuldades de integração do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena com o SUS, principalmente com as ações de saúde nos níveis de média e alta complexidade destinadas aos povos indígenas. Nesse sentido, veja-se que o Termo de Compromisso de Gestão firmado entre a SESAI, os DSEI's e os CONDISI's, de 20 de abril de 2011, tem entre as suas estratégias a articulação interfederativa para a organização da referência de média e alta complexidade para as populações indígenas, tendo como resultados para 2011 o diagnóstico situacional das necessidades de alta e média complexidade dos 34 DSEI's, o contrato de ação pública (contratualização) assinados com os municípios e estados nas jurisdições do DSEI MT, AM, RO, DF e SP e a implantação do sistema de regulação da assistência no DSEI do Mato Grosso do Sul ¹³

4 – O princípio da igualdade no direito constitucional brasileiro e no direito internacional:

A doutrina constitucional, ao falar do princípio da igualdade, trata da denominada igualdade perante a lei, expressa no art. 5º da Constituição, que enuncia o tratamento uniforme dos cidadãos diante da norma posta, e a igualdade na lei, que impõe ao legislador o dever de dispensar tratamento equânime às pessoas quando do processo

¹³ http://6ccr.pgr.mpf.gov.br/legislacao/legislacao-docs/saude/docs_outras_regulamentacoes/termo-de-compromisso-de-gestao-firmado-entre-sesai-dsei-e-presidentes-de-condisi

legislativo. Ao tratar do conceito aristotélico de igualdade (tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais), Celso Antonio Bandeira de Mello, em seu livro, “Conteúdo Jurídico do Princípio da Igualdade” questiona: “ (...) quem são os iguais e quem são os desiguais? (...) Quais discriminações são juridicamente intoleráveis?” (MELLO, p. 11).

Para Celso Antonio, “qualquer elemento residente nas coisas, pessoas, ou situações pode ser escolhido pela lei como fator discriminatório”¹⁴ (MELLO, p. 17). Para se analisar se houve ofensa ao princípio da isonomia, deve-se levar em consideração, segundo o aludido autor, três aspectos: a) o elemento tomado como fator de desigualação; b) a correlação lógica abstrata existente entre o fator erigido como critério de distinção e a disparidade do tratamento jurídico dispensado e c) a congruência desta correlação lógica com os interesses e valores absorvidos pelo sistema constitucional.

Em relação ao primeiro ponto acima abordado (alínea “a”), Celso Antonio entende que para que seja respeitado o princípio da igualdade, a1) “a lei deve abranger uma categoria de pessoas ou uma pessoa futura e indeterminada, não podendo singularizar atual e definitivamente um destinatário determinado”.¹⁵ (MELLO, p. 47) e a2) o traço diferenciador adotado deverá recair na pessoa, coisa ou na situação a ser discriminada, não podendo ser alheio a eles.¹⁶

No que toca ao segundo aspecto mencionado acima (alínea “b”), pertinente esclarecer o seguinte:

“(..) é agredida a igualdade quando o fator diferenciador adotado para qualificar os atingidos pela regra não guarda relação de pertinência lógica com a inclusão ou exclusão no benefício deferido ou com a inserção ou arredamento do gravame posto. (...) a discriminação não pode ser gratuita ou fortuita. Impende que exista uma adequação racional entre o tratamento diferenciado construído e a razão diferencial que lhe serviu de supedâneo.” (MELLO, p. 38 e 39)¹⁷

Em relação ao último aspecto acima abordado (alínea “c”), Celso Antonio realça que não é bastante que haja, em abstrato, uma correlação lógica entre os fatores diferenciais existentes e a distinção de regime jurídico entre eles, sendo necessário que,

¹⁴ Celso Antonio cita como exemplo que “não se adversará à regra de igualdade se for proibida a admissão, em dadas funções que requeiram contato com tribos primitivas, de pessoas portadoras de certa característica física, qual seja, *exempli gratia*, determinada cor de olhos, se as tribos em causa tiverem prevenção contra os possuidores de traço biológico desta ordem”. Neste caso, o autor elencou como critério de discriminação a característica física do candidato. (MELLO, p. 17).

¹⁵ Celso Antonio cita como exemplo de norma que não ofende a isonomia a que preceituar “Será concedido o benefício tal ao primeiro que inventar um motor cujo combustível seja a água”. (MELLO, p. 25). Veja-se que a norma em questão refere-se a pessoa futura e indeterminada, no que se diferencia de norma que destina-se, de forma ostensiva ou sub-reptícia, a apenas um destinatário, podendo citar norma que concede um dado “benefício ao Presidente da República empossado com tantos anos de idade, portador de tal título universitário, agraciado com comendas tais e quais e que, ao longo de sua trajetória política houvesse exercido os cargos X e Y. Nela se demonstraria uma finalidade singularizadora absoluta; viciosa, portanto.” (MELLO, p. 25).

¹⁶ Celso Antonio cita como exemplo de norma que ofende a isonomia, neste aspecto, norma que preveja que “ não pode ser deferido a magistrados ou aos advogados ou aos médicos que habitem em determinada região do País - só por isto – um tratamento mais favorável ou mais desfavorável juridicamente.” (MELLO, p. 30)

¹⁷ Celso Antonio cita como exemplo de ofensa à isonomia, neste ponto, “hipotética lei que permitisse a funcionários gordos afastamento remunerado para assistir a congresso religioso e o vedasse a magros. (...) Não faz sentido algum facultar aos obesos faltarem ao serviço para congresso religioso porque entre uma coisa e outra não há qualquer nexo plausível.” (MELLO, p. 38).

“in concreto, o vínculo de correlação supra referido seja pertinente em função dos interesses constitucionalmente protegidos, isto é, resulte em diferenciação de tratamento jurídico fundada em razão valiosa – ao lume do texto constitucional – para o bem público.” (MELLO, p. 41).¹⁸

Flávia Piovesan ao tratar do princípio da igualdade formal, ou igualdade geral, genérica e abstrata, expresso no lema de que “todos são iguais perante a lei”, enuncia a relevância dessa perspectiva do princípio da igualdade em um período histórico de graves violações aos direitos humanos, em que se concebia o “outro” como um ser menor em dignidade e direitos, em razão de sua nacionalidade, etnia, raça ou religião. Neste período, a igualdade formal era caracterizada pelo temor à diferença. Neste sentido, pertinente citar a Declaração Universal de 1948¹⁹ e a Convenção para a Prevenção e Repressão do Crime de Genocídio. (PIOVESAN, p.195)

Posteriormente, verificou-se a insuficiência do conceito de igualdade formal, tendo em vista a necessidade de especificação do sujeito de direito, em suas peculiaridades e particularidades. Segundo Piovesan, verificou-se a necessidade de se respeitar as peculiaridades de determinados grupos, utilizando-se a diferença não mais para a aniquilação de direitos, mas sim para a promoção. Pertinente citar Piovesan nesse aspecto: *“Ao lado do direito à igualdade, surge também, como direito fundamental, o direito à diferença. Importa o respeito à diferença e à diversidade, o que lhes assegura um tratamento especial.”* (PIOVESAN, p. 196)

Destacam-se, assim, três vertentes no que tange à concepção da igualdade:

a) igualdade formal, reduzida à formula “todos são iguais perante a lei” (que ao seu tempo, foi crucial para abolição de privilégios); b) igualdade material, correspondente ao ideal de justiça social e distributiva (igualdade orientada pelo critério socioeconômico); e c) a igualdade material, correspondente ao ideal de justiça enquanto reconhecimento de identidades - igualdade orientada pelos critérios gênero, orientação sexual, idade, raça, etnia e outros (PIOVESAN, p. 196).

Nesse sentido, pertinente citar Boaventura de Souza Santos: “Temos o direito de ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito de ser

¹⁸ Celso Antonio cita como exemplo a seguinte situação: “Também não se poderiam criar favores restritos a grupos estrangeiros em desvalia de nacionais, conquanto os primeiros tivessem a aboná-los, como diferencial específico, sua alta qualificação tecnológica, porque deste modo estar-se-ia negando o primeiro postulado de um Estado independente, isto é, a defesa de seus nacionais, além de afrontar a ideia de um desenvolvimento verdadeiramente 'nacional', objetivo consagrado no precitado art. 170 do Texto Magno brasileiro em particular no art. 171. §§ 1º, e 2º.” (MELLO, 2006, p. 43).

¹⁹ Vide artigos 1º e 2º, respectivamente: “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade.” e “Toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.” Veja-se o seguinte site: In: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm

diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.”²⁰

5 – Princípios da igualdade e da equidade no Sistema Único de Saúde - SUS

No que diz respeito ao SUS, sabe-se que é regido pelos princípios da **igualdade, da universalidade e da integralidade** da assistência. Pertinente transcrever, a este respeito, o disposto no art. 7º da Lei n.º 8080 1990:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

IV - **igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;**

Considerando que antes da Constituição Federal de 1988 o acesso às ações de saúde era restrito aos trabalhadores que contribuíssem para o sistema (a exemplo do que ocorre atualmente com a Previdência Social), com a criação do SUS a universalidade do sistema significa o acesso de toda a população ao Sistema Único de Saúde, independente de contribuição. A integralidade enuncia tudo para todos, ou seja, o acesso de toda a população a todos os serviços de saúde, incluindo os preventivos e os curativos, em todos níveis de complexidade do sistema (baixa, média e alta complexidade).²¹

Lembram Lenir Santos e Guido de Carvalho que “Na prática, ainda grande parte dos indivíduos, sobretudo os mais necessitados de assistência, encontra dificuldade no acesso ao atendimento médico – hospitalar. **Eis aqui o grande desafio do SUS: garantir o acesso universal com efetividade e resolutividade.**”²²

²⁰ Vide SANTOS, Boaventura de Souza. Apud PIOVESAN, Flávia. Temas de Direitos Humanos. 3ª ed. Saraiva: São Paulo, 2009, p. 197. Vide também SANTOS, Boaventura de Souza. Para uma Concepção Multicultural de Direitos Humanos. p. 24 In: http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/Concepcao_multicultural_direitos_humanos_ContextoInternacional01.PDF

²¹ A respeito do assunto, pertinente citar excerto do artigo de Renilson Rehem de Souza, intitulado: Políticas e Práticas de Saúde e Equidade: “ todos têm direito ao Sistema de Saúde, no sentido não só da universalidade, mas da integralidade que é tudo para todos. Ou seja, não se trata de alguma coisa para todos; não é só garantir a vacina ou outros aspectos da vigilância epidemiológica ou a consulta do pré-natal, mas é garantir tudo, inclusive aquelas ações mais complexas, de mais alto custo para todos, e assim garantir a universalidade e a integralidade. É claro que nesse balanço, de oferta e acesso, ainda existem muitas dificuldades, mas é necessário lembrar que o tempo de história do SUS é muito pequeno. In: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea03.pdf>

²² SUS Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde. Leis 8080/1990 e 8.142/1990. 4ª ed.. São Paulo: Unicamp, 2006, p. 64.

No âmbito do SUS, além do conceito de igualdade, fala-se também em **equidade**. Destarte, a equidade no início não era princípio do SUS, não sendo mencionada de forma expressa nem pelo art. 193 da Constituição, nem pela Lei n.º 8080/1990. ²³Na publicação 'O SUS de A Z', um dicionário de saúde elaborado pelo Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), equidade é definida como “igualdade da atenção à saúde, sem privilégios ou preconceitos”. E o texto continua, explicando que isso significa que “O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, **de acordo com as necessidades de cada um**” e exemplificando a equidade com políticas voltadas para situações de exclusão social, como população negra, rural, cigana e homossexuais.²⁴

Segundo Sarah Escorel, “**equidade é a introdução da diferença no espaço de igualdade** e é parte do processo histórico de lutas sociais que conformam em diversos contextos (tempo e espaço) padrões de cidadania diferenciados. (...) Equidade introduz a diferença e surge no período contemporâneo associada às minorias (termo inclusivo que nomeou primeiramente as mulheres, povos indígenas e grupos étnicos, mas que hoje em dia incorpora temáticas diversas como a do louco e a do negro).” (ESCOREL, 2013, p. 2)

A aludida autora fala que a **equidade em saúde** pode ser abordada em duas dimensões essenciais : a) **em relação às condições de saúde**, “que analisa a distribuição dos riscos de adoecer e morrer”, entre as diversas camadas da população (de acordo com o sexo, a idade, a condição social²⁵ etc). Podemos acrescentar aqui ainda os critérios de etnia, cor da pele, procedência geográfica etc. ; b) **em relação ao acesso e à utilização dos serviços de saúde**, “que analisa as possibilidades de consumir serviços de saúde de diferentes graus de complexidade por indivíduos com 'iguais necessidades de saúde'. Neste caso, segundo a autora “adota-se o conceito de equidade horizontal, mantendo as desigualdades existentes previamente à entrada no sistema enquanto na equidade vertical o tratamento é desigual para indivíduos com necessidades distintas.

Neste aspecto, de **equidade no acesso aos serviços de saúde**, **exige-se a superação das barreiras econômicas, sociais e culturais que ainda se interpõem**

²³ No artigo cujo título é “Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós – Constituição”, Marcelo Pinheiro, Márcia Westphal e Marco Akerman mencionam que o “discurso a respeito da equidade [nos relatórios das conferências nacionais de saúde] permanece geral e amplo, apresentando avaliações e proposições vagas e inespecíficas. (não destacando grupos sociais desfavorecidos e suas necessidades sociais em saúde (...))”

²⁴ In: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf p. 138

²⁵ Sarah Escorel, no mesmo artigo, ao tratar da determinação social do processo saúde/doença, com base em estudos que comprovam que “os ricos vivem mais e ficam menos doentes que os pobres, tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento”, conclui que “**as políticas de saúde que têm a equidade como princípio e como objetivo devem articular parâmetros epidemiológicos com parâmetros sociais e econômicos que permitam caracterizar e priorizar grupos vulneráveis**. No Brasil contemporâneo as políticas sociais equitativas devem modificar as regras de distribuição orientadas para privilegiar e favorecer os grupos sociais economicamente vulneráveis”

entre os usuários e o sistema de serviços de saúde. Para os povos indígenas de recente contato, como no caso objeto deste artigo, há muitas barreiras para o acesso a saúde como as grandes distâncias das comunidades indígenas para as cidades, a barreira do não domínio da língua portuguesa, as discriminações enfrentadas pelos povos indígenas, o obstáculo da compreensão da cultura, dentre outras.

Prosseguindo na análise do princípio da equidade, Sarah Escorel afirma que para a aplicação do referido princípio, “não há como fugir de juízos de valor”. Segundo a autora, “identificar desigualdades corresponde a atribuir um valor aos fenômenos sociais associados. (...) O que vai permitir compreender o significado do conceito é a resposta à pergunta: “igualdade de quê?”, “equidade em relação a quê?”. O julgamento e a medida das desigualdades é integralmente dependente da escolha da variável em torno da qual a comparação é feita (ESCOREL, 2013, p. 6).

Falando ainda do princípio da equidade, Carmem Teixeira ressalta que “ (...) cabe destacar os esforços que vem sendo feitos para a formulação e implementação de **políticas específicas voltadas ao atendimento de necessidades de segmentos da população que estão expostos a riscos diferenciados de adoecer e morrer**, em função de características genético-hereditárias, econômico sociais ou histórica-política e culturais, como é o caso da população indígena, da população negra, da população GLBTT, e outras.” (TEIXEIRA, pág. 5) ²⁶

6. Regulação do Acesso à Saúde e Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas:

Considerando que no presente caso verificou-se dificuldades no atendimento à saúde dos povos indígenas Suruwaha, de recente contato, em virtude de problemas de acesso ao SISREG²⁷, tem-se por pertinente tecer algumas considerações, ainda que breves, a respeito da Regulação do Acesso à Saúde, no âmbito do SUS, bem como acerca de sua integração com o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

A Portaria n.º 1559 de 01 de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, preceitua que a aludida Política está organizada em três dimensões: a) Regulação de Sistemas de Saúde; b) Regulação da Atenção à Saúde e c) **Regulação do Acesso à Assistência**. A Regulação de Sistemas

²⁶ TEIXEIRA, Carmen. Os Princípios do SUS, p. 5 In: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf

²⁷ Segundo depoimento prestado pelo Chefe da Funai em Tapauá, já citado: “Que, portanto, nesta data, quando se completa um mês de permanência dos Suruwaha em Manaus, nenhum tratamento efetivo foi realizado a benefício dos referidos pacientes indígenas. (...) que tal delonga para agendamento está relacionada à Central de Regulação de Vagas do SUS em Manaus;”

de Saúde, de cunho mais amplo que as demais, tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde e como sujeitos os seus respectivos gestores. A Regulação da Atenção à Saúde, por sua vez, tem como objetivo a adequada prestação de serviços à população, estando dirigida aos prestadores públicos e privados. A Regulação do Acesso à Assistência, que interessa ao presente estudo, tem como objeto a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS e como sujeitos seus respectivos gestores públicos. Segundo o art. 5º da Portaria 1559/2008, a Regulação do Acesso à Assistência é efetivada pela “disponibilização da alternativa assistencial mais **adequada à necessidade** do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários” . Consoante o art. 8º, § 1º, I e II da referida Portaria, são atribuições da regulação do acesso, dentre outras, “garantir o acesso aos serviços de saúde de forma **adequada**” e “garantir os princípios da **equidade** e da integralidade”. Segundo o folheto do MS, a respeito do SISREG, Regulação é conceituada como “o desenvolvimento de estratégias que viabilizem **o acesso adequado e oportuno aos serviços de saúde**. Atua pelo lado da oferta, buscando otimizar os recursos assistenciais disponíveis, e pelo lado da demanda, buscando **garantir a melhor alternativa assistencial em face das necessidades de atenção e de assistência à saúde da população** além de possibilitar a responsabilização dos gestores frente a estas necessidades”. A Central de Regulação, por sua vez, “consiste na estrutura que operacionaliza a regulação do acesso assistencial.” O SISREG (sistema de regulação), por sua vez, é a ferramenta de informática disponibilizada pelo Ministério da Saúde que permite o acesso em tempo real à Central de Regulação.

O art. 9º, § 1º da Portaria n.º 1559-2008 preceitua que o Complexo Regulador será organizado em “I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais; II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.”

Analisando o folheto do Ministério da Saúde que trata do SISREG, a implantação da regulação da saúde no SUS teve por objetivo resolver os seguintes problemas no acesso aos serviços de assistência à saúde:

- “- **Nas vagas de internação, quem pede primeiro é atendido primeiro, sem levar em conta a gravidade do estado de saúde do paciente.**
- Profissionais de saúde reservam “leitos” com base na influência pessoal.
- Estabelecimento de Saúde recusam pacientes do SUS de um dia para o outro.

- Municípios com capacidade instalada sofrem com a invasão de pacientes de outros municípios, e seu orçamento para saúde estoura.
- Filas imensas nos serviços de marcação de consultas.
- Sobrecarga nos serviços de pronto-socorro, que atendem a casos não – urgentes, justamente pela dificuldade de acesso da população aos serviços de Assistência à Saúde.
- **Os pacientes são encaminhados de modo assistemático.**²⁸

7. Discutindo a previsão de cotas ou de atendimento preferencial e prioritário para indígenas no âmbito do SUS – uma análise da atuação do Ministério Público Federal no caso dos indígenas da etnia Suruwaha – Estado do Amazonas

Sabe-se que o perfil epidemiológico dos povos indígenas ainda é pouco conhecido, seja em virtude da não implementação efetiva do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi)²⁹, seja em face da exiguidade de investigações, inquéritos e censos (Ricardo Ventura, fls. 13).

Não obstante isso, segundo Ricardo Santos e Carlos Coimbra Jr, “restam poucas dúvidas de que as condições de saúde dos povos indígenas são precárias, colocando-os em uma posição de desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade nacional.” (SANTOS; COIMBRA Jr., p. 13)

No mesmo sentido do acima exposto, pertinente citar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que preceitua que “(..) os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis”.³⁰

Tomando por base pesquisas científicas envolvendo povos indígenas no Brasil e no exterior, Ricardo Santos e Carlos Coimbra Jr. afirmam, quanto à saúde e epidemiologia dos povos indígenas do Brasil, uma tendência de crescimento populacional, sendo a maior parte da população caracterizada por jovens, mencionando, ainda, serem bastante elevadas as taxas de mortalidade

²⁸ Pertinente citar que a instituição do SISREG ainda não equalizou todos os problemas acima relatados. Em Blumenau – SC, o MPF ajuizou ação civil pública narrando, dentre outros, os seguintes problemas na implantação do SISREG: muitas das filas eram controladas pelos próprios médicos que realizavam os procedimentos, as Secretarias de Saúde não tinham controle algum do seu andamento, filas foram desrespeitadas a pedido de políticos ou cabos eleitorais, dentre outros. Veja-se no site: <http://www2.prsc.mpf.gov.br/conteudo/servicos/noticias-ascom/ultimas-noticias/mpf-quer-controle-informatizado-das-listas-de-espera-por-exames-e-cirurgias-no-sus-blumenau>

²⁹ Consoante Tatiane Portal Lima, p. 184 “(..) apesar das potencialidades dos sistemas estudados (Siasi e Sisabi), não estão sendo capazes, frente a suas atuais limitações, de retratar adequadamente alguns dos problemas de saúde identificados na etnia em estudo. Considerando que vários desses achados foram corroborados em estudos desenvolvidos em outros Dseis, percebe-se que a problemática da informação não é restrita ao Dsei-PE. Em outro trecho a referida autora faz alusão a outro problema do Siasi, que é a indisponibilidade pública do sistema: “Por fim, coloca-se a impermeabilidade da Funasa frente à população brasileira, expressa na **indisponibilidade pública do Siasi e do Sisabi**, apesar de muitas das informações de saúde do SUS serem disponibilizadas pelo Ministério da Saúde de forma *on-line*, através do Datasus. **Em relação à saúde indígena, isso só é possível, se solicitado por ofício, na sede da Funasa. Tal aspecto demonstra uma concentração e perspectiva feudalista de deter as informações como se elas fossem de uso exclusivo do Estado**” (p.186).

³⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2002. p. 10.

infantil e de fecundidade total, considerando as taxas da população brasileira em geral. Em relação ao estado nutricional dos povos indígenas, afirmam os autores, fazendo alusão a inquéritos realizados na Amazônia, que “os resultados apontam para elevadas frequências de déficits para o indicador estatura para idade (..), o que é interpretado como indicativo de desnutrição crônica. Na maioria dos estudos de casos, as frequências de baixa estatura para idade superam os valores reportados para crianças não indígenas no Brasil”(SANTOS; COIMBRA Jr., p. 22) Mencionam ainda os autores que “a anemia constitui grave problema nutricional nas populações indígenas, afetando, sobretudo, crianças e mulheres em idade reprodutiva.” (SANTOS; COIMBRA Jr., p. 22) Concluem os autores mencionando que o “perfil de morbi-mortalidade indígena no Brasil tem sido dominado pelas doenças infecciosas e parasitárias”, destacando-se a tuberculose, a malária e as parasitoses intestinais, estas relacionadas à precariedade das condições de saneamento das terras indígenas, ausência de infraestrutura para a coleta de dejetos e inexistência de água potável nas aldeias.”³¹

No que diz respeito aos povos indígenas isolados e de recente contato, a Funai, instituição responsável pela política indigenista do Estado brasileiro, tem um órgão responsável para proteger os povos indígenas isolados e de recente contato, qual seja, a Coordenação Geral de Índios Isolados e Recém Contatados (CGIIRC), que confirmou a existência de 28 desses grupos. A CGIIRC está organizada em doze Frentes de Proteção Etnoambiental (Juruna, Awa-Guajá, Cuminapanema, Vale do Javari, Envira, Guaporé, Madeira, Madeirinha, Purus, Médio Xingu, Uru-Eu-Wau-Wau e Yanomami), que atuam na Amazônia brasileira, em regiões onde houve confirmação da presença de índios isolados e também onde vivem povos de recente contato.

Sabe-se que os povos indígenas isolados são os indígenas que não mantiveram contato com a sociedade envolvente e com a Funai, sabendo-se de sua existência tão somente em virtude de referências feitas por outros indígenas ou regionais, pesquisadores e indigenistas. Já os indígenas de recente contato são conceituados pelo antropólogo Artur Nobre Mendes como “os grupos e povos indígenas contatados no passado recente e que vivem em relativo estado de autonomia político-cultural e, ao mesmo tempo, sem o completo domínio das forças sociais dominantes que os circundam”³²

No que pertine aos indígenas Suruwaha ou Zuruahã (povo indígena de

³¹ Dentre as tendências para a epidemiologia dos povos indígenas, Ricardo Santos e Carlos Coimbra Jr (p. 29) afirmam que mudanças socioculturais e econômicas resultantes do contato com a sociedade nacional, associadas a mudanças na dieta (introdução do sal e gorduras), na subsistência e com a redução dos níveis de atividade física têm estabelecido uma emergência de doenças crônicas não transmissíveis, entre as quais, a obesidade, a hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II, transtornos psiquiátricos, suicídio, alcoolismo e drogadição.

³² <http://pib.socioambiental.org/pt/c/no-brasil-atual/quem-sao/contatados-e-protegidos> Em uma pesquisa denominada Monitoramento de Terras Indígenas, o Instituto Socioambiental apresenta uma lista de terras indígenas ocupadas por indígenas isolados. Veja-se no site: <http://pib.socioambiental.org/pt/c/no-brasil-atual/quem-sao/onde-estao-os-isolados>

recente contato), segundo dados da Funasa de 2010, a sua população encontra-se reduzida ao quantitativo de apenas 120 indígenas. Os Suruwaha habitam a região compreendida entre as bacias do rio Purus e do rio Juruá, em seu curso médio, dois grandes afluentes da margem direita do Solimões. Falam a língua Arawá. Uma marca incisiva desse grupo é o alto índice de suicídios, intensamente articulada a seu sistema cosmológico e a situação de confinamento territorial nas últimas décadas.³³

O caso em exame, objeto do ICP n.º 1.13.000.000279-2010-06, em tramitação no MPF do Amazonas, demonstra, inicialmente, **o desafio do acesso efetivo dos povos indígenas às ações de saúde no âmbito do SUS, desafio que se mostra ainda maior quando se trata de povos indígenas isolados e de recente contato.**

Segundo Washington de Jesus e Marluce Assis, o acesso pode ser conceituado como a porta de entrada do SUS, “como o local de acolhimento do usuário no momento de expressão de sua necessidade e, de certa forma, os caminhos percorridos por ele no sistema na busca da resolução dessa necessidade”.

Ana Azevedo e André Costa mencionam a relação entre o conceito de acesso e o princípio da integralidade, sendo que o acesso significa o direito do indivíduo de acesso a todas as tecnologias que o sistema fornece para o atendimento de suas necessidades. (AZEVEDO; COSTA, p. 2)

A esse respeito, pertinente transcrever ensinamento de Fekete (citado por Ana Lúcia Azevedo e André Costa) a respeito das quatro dimensões da acessibilidade ou do acesso:

“i) Dimensão geográfica refere-se a aspectos físicos impeditivos ao acesso (rios, grandes avenidas); distância entre a população e os recursos. ii) Dimensão organizacional refere-se a obstáculos originados no modo de organização do serviço: a) na entrada - demora na obtenção da consulta, tipo de marcação, horário; b) pós-entrada - demora na espera pelo atendimento médico; continuidade da atenção, que se relaciona a mecanismos de referência e contrarreferência. iii) Dimensão sociocultural refere-se a perspectivas da população: percepção do indivíduo sobre a gravidade de sua doença, medo do diagnóstico e das intervenções, crenças e hábitos, vergonha; e do sistema de saúde: formação dos profissionais; falta de preparo das equipes frente à diversidade de pacientes com distintas características socioculturais, incipiência dos processos de participação. iv) Dimensão econômica refere-se ao consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência, prejuízos por perda de dias de trabalho, custo do tratamento.”

De início, no caso em análise, verifica-se uma **difículdade de acesso** às ações de saúde por parte dos indígenas Suruwaha (e também dos indígenas isolados e de recente contato em geral), consistente na **dimensão geográfica do acesso**. Isto em virtude das longas distâncias que separam as terras indígenas ocupadas pelos índios isolados e de recente contato e a capital, onde prestados os serviços de média e alta complexidade no âmbito do SUS. No caso proposto, os indígenas levaram cinco dias para se deslocar da cidade de Tapauá para Lábrea e mais três dias para chegar até a cidade

³³ In: <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/zuruaha/1623> Acesso em 29 de abril de 2013.

de Manaus, realizando, portanto, viagem bastante longa e desgastante.

Outra dificuldade do acesso observada no caso proposto diz respeito à **dimensão organizacional do acesso**, seja pela dificuldade de marcação das consultas para os indígenas (desde o final de 2009 a marcação das consultas havia sido solicitada à Funasa, porém não efetuada, o que levou o Chefe do Posto da Funai a deslocar os indígenas por conta própria), pela exigência de documentos pessoais (identidade e CPF, os quais os indígenas não dispunham), pela longa espera pelos indígenas já na unidade de saúde para atendimento (ocasião em que um deles contraiu gripe), pela falta de resolutividade do atendimento de saúde prestado (mesmo após ser atendido pelo médico, o problema não foi resolvido), pela não adequação da Casai Manaus às peculiaridades dos Suruwaha (que para não serem contaminados por doenças de outros indígenas hospedados na Casai Manaus, ficaram na capital amazonense em casa cedida por colaboradores da Funai), pela falta de apoio da Funasa, que algumas vezes se omitiu no dever de providenciar o transporte dos pacientes indígenas para a realização de consultas e procedimentos, pela longa espera para a conclusão do atendimento de saúde (que somente não passou de dois meses em virtude da recomendação expedida pelo MPF).

Além disso, há de se ressaltar que os indígenas Juraci Suruwaha, Raoni Suruwaha, Ubirajara Suruwaha e Yara Suruwaha (outros nomes fictícios) enfrentaram semelhantes problemas de saúde anos atrás, sem acesso efetivo e resolutividade dessas morbidades junto ao SUS. As informações do ICP retratam que o indígena Juraci Suruwaha submeteu-se no ano de 2008 a uma microcirurgia na região plantar do pé esquerdo, a qual não foi bem sucedida. Raoni Suruwaha, por sua vez, foi removido em setembro de 2009 para Lábrea para se submeter a uma microcirurgia no pé esquerdo; entretanto, ali chegando foi medicado e liberado, em virtude de nada ter sido encontrado em sua perna; mas já na viagem de retorno o local voltou a infeccionar. Ubirajara Suruwaha desde 2006 reclama da presença de um corpo estranho na região plantar de seu pé esquerdo, mas nunca passou por uma avaliação na cidade. Sua filha, Yara, então com doze anos de idade, possui uma deficiência visual no olho esquerdo e nunca foi avaliada devidamente (fls. 17 do ICP).

As dificuldades no acesso à saúde na **dimensão sociocultural** são verificadas no caso proposto pela falta de compreensão por parte dos profissionais médicos e de saúde em geral, bem como por parte dos gestores dos complexos reguladores das peculiaridades do povo indígena Suruwaha, cujo atendimento à saúde, pelas suas especificidades, precisava ser realizado em caráter prioritário.

Veja-se, portanto, que permanece o **desafio** expresso linhas acima por Lenir

Santos de assegurar o **acesso efetivo e integral dos cidadãos às ações e serviços do SUS, desafio que se amplia ainda mais quando se fala dos povos indígenas em geral e dos povos indígenas isolados e de recente contato.**

Diante de tudo o que foi acima exposto, considerando que a população brasileira de indígenas isolados e de recente contato vem se reduzindo drasticamente nas últimas décadas, o que tem se dado frente às constantes investidas do homem branco sobre as suas terras tradicionais (com a implementação de grandes projetos como a construção de hidrelétricas, rodovias etc), sendo que no caso dos Suruwaha a população contabilizada pela FUNASA no ano de 2010 era de apenas 120 (cento e vinte) indivíduos; considerando ainda as elevadas taxas de mortalidade materno – infantil entre os povos indígenas em geral, muito superiores às da média nacional, dentre outros indicadores epidemiológicos que demonstram dados alarmantes da saúde indígena no País; tendo em vista as peculiaridades dos povos indígenas isolados e de recente contato, caracterizada pela baixa imunidade às doenças da sociedade envolvente, com o risco efetivo de adquirir doenças quando do contato com profissionais de saúde e demais pacientes (as quais, podendo ser transmitidas aos demais membros da comunidade indígenas, podem colocar em risco a saúde e a vida de toda a comunidade, cujo quantitativo já é bastante reduzido), tem-se que está em plena consonância com os princípios da igualdade e da equidade que regem o Sistema Único de Saúde a previsão de atendimento preferencial e prioritário para os povos indígenas isolados ou de recente contato no âmbito do SUS. Destarte, considerando a vulnerabilidade dos aludidos grupos, justifica-se plenamente um atendimento de saúde diferenciado, assegurando-se atenção prioritária e preferencial³⁴.

Diante da não previsão expressa em lei de atendimento preferencial de saúde para os povos indígenas isolados e de recente contato³⁵ (muito embora tal atendimento diferenciado resulte da uma interpretação sistemática dos preceitos constitucionais e dos tratados internacionais, nos termos expressos neste artigo), tem-se que cabe ao MPF, instituição incumbida da defesa judicial dos direitos e interesses dos povos indígenas, consoante art. 129, V da CF de 1988, viabilizar esse atendimento, seja mediante a expedição de recomendações, celebração de termos de ajustamento de conduta ou o ajuizamento de ações civis públicas pertinentes. Para viabilizar esse atendimento preferencial, tem-se que a Coordenação Geral de Índios Isolados e Recém-Contatados da Funai pode ser demandada a fim de encaminhar informação às Secretarias Estaduais de Saúde e aos chefes de complexos reguladores quanto aos

³⁴ Excetua-se, aqui, os casos de pacientes indígenas e não indígenas com risco à vida, que certamente devem ser priorizados pelo SUS.

³⁵ Podem ser realizados estudos com vistas a encaminhar projeto de lei ao Congresso Nacional contemplando essa prioridade no atendimento à saúde dos povos indígenas isolados e de recente contato, o que não impede o reconhecimento dessa prioridade de atendimento, a qual resulta de normas internacionais e da Constituição Federal.

grupos indígenas considerados isolados e recém contatados.

No que tange à previsão de cotas ou de atendimento preferencial para a totalidade dos povos indígenas, entende-se que tal previsão está ainda a depender de estudos epidemiológicos que fundamentem tal medida, com vistas a não se desrespeitar por via transversa a equidade no atendimento. Sabe-se que em diversas cidades brasileiras a maior parte da população é de indígenas. Por outro lado, há cidades brasileiras com grande quantitativo de população indígena urbana. Nestes casos, o estabelecimento de eventual cota para atendimento de indígenas deve ser avaliada com cautela, com vistas a se evitar iniquidades no atendimento à saúde.

Ademais, no caso concreto, observou-se uma dificuldade de integração do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com o SUS, mormente nas ações de média e alta complexidade, dificuldade que permanece diante da implantação progressiva da regulação do acesso à saúde nas cidades e estados brasileiros.

No caso em apreço, o gestor do complexo regulador, quando instado a se pronunciar, informou que os indígenas Suruwaha foram deslocados para a cidade de Manaus para atendimento de saúde sem prévio agendamento junto ao SISREG. Ocorre que o Chefe do Posto da Funai afirmou que desde o fim de 2009 vinha tentando junto à Funasa realizar o agendamento das consultas dos pacientes, sem obter êxito, o que o levou a deslocar os pacientes indígenas para atendimento por sua própria conta.

No caso em tela, não se logrou identificar no ICP n.º n.º 1.13.000.000279-2010-06 a quem se deveu a dificuldade na marcação das consultas e exames no SISREG para os indígenas Suruwaha (se a algum problema organizacional da Funasa na época, ou a alguma falha do complexo regulador).

A respeito do assunto, verifica-se a necessidade de se realizar o treinamento dos DSEI's e das equipes multidisciplinares de saúde com o SISREG, o que se coaduna com o disposto no art. 8, VII da Portaria n.º 1559-2008 que preceitua que são atribuições da regulação do acesso “ capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde”. Sugere-se a elaboração pela Sesai (Secretaria Especial de Saúde Indígena) ou pela Secretaria Estadual de Saúde de um manual destinado aos chefes do DSEI, e integrantes das EMSI's, com orientações a serem observadas antes do encaminhamento dos indígenas do interior para as capitais para atendimento.³⁶

No aludido manual, deve constar a necessidade de ser providenciada a documentação dos indígenas, a exemplo de identidade indígena e CPF, documentos necessários para o atendimento. Entende-se que o referido manual deve fazer alusão,

³⁶ Vide “Orientações para Agendamento de Pacientes Oriundos do Interior para a Capital Manaus, Encaminhados para Consultas e Exames Especializados” elaborado pelo Complexo Regulador do Amazonas. Veja-se no site : http://www.saude.am.gov.br/regulacao/adm/imgeditor/file/arquivos_reg/orienta%C3%A7aodeagendamentoInterior.pdf

ainda, ao atendimento preferencial à saúde dos povos indígenas e isolados, nos termos defendidos neste artigo, como integrante da atenção diferenciada aos aludidos povos indígenas, a teor do art. 19-F Lei 9836 1999.

No caso do Estado do Amazonas, mediante consulta ao site do Complexo Regulador, verifica-se que o médico do paciente, no interior do Estado, deve preencher o “termo de referência”, encaminhando o paciente para realizar consultas e exames em algum centro regional ou capital do Estado. O paciente comparece à unidade solicitante do SISREG (nesse sentido, defende-se a possibilidade de as Casais serem unidades solicitantes do SISREG³⁷) com o termo de referência preenchido, sendo nesta unidade realizado o agendamento do exame e consulta, mediante telefone e fax.

Quanto a este ponto, no Amazonas, o termo de referência faz alusão à “raça”, sugerindo-se quem, em substituição à aludida expressão, seja aberto no referido documento campo a fim de a pessoa se identificar como branca, negra, parda, indígena ou outro, e, em caso de indígena, a etnia. Sugere-se, ainda, seja aberto campo adicional a fim de informar se se trata de índio isolado ou de recente contato³⁸, ocasião em que se deve viabilizar atendimento preferencial.

Destarte, a implantação da Regulação do Acesso à Saúde não pode se constituir em mais um óbice ao acesso dos indígenas às ações de média e alta complexidade no âmbito do SUS.

Deve-se verificar a viabilidade de as Casais serem unidades solicitantes de consultas e exames para os indígenas, a teor do que preceitua a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que, em seu item 4.1, menciona que cabe às Casais “receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, **marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar (..)**”. Se para tanto, for necessário o

³⁷ Mesmo sabendo que a Casai não é estabelecimento de saúde, defende-se que a Casai possa ser unidade solicitante do SISREG, viabilizando o acesso adequado dos indígenas às ações de média e alta complexidade do SUS.

³⁸ Quanto à identificação de quais povos indígenas são isolados e de recente contato, povos indígenas isolados podem ser conceituados como os indígenas que não mantiveram contato com a sociedade envolvente e com a Funai, sabendo-se de sua existência tão somente em virtude de referências feitas por outros indígenas ou regionais, pesquisadores e indigenistas. A Funai, instituição responsável pela política indigenista do Estado brasileiro, tem um órgão responsável para proteger os povos indígenas isolados e de recente contato, qual seja, a Coordenação Geral de Índios Isolados e Recém Contatados (CGIIRC), que confirmou a existência de 28 desses grupos. A CGIIRC está organizada em doze Frentes de Proteção Etnoambiental (Juruna, Awa-Guajá, Cuminapanema, Vale do Javari, Envira, Guaporé, Madeira, Madeirinha, Purus, Médio Xingu, Uru-Eu-Wau-Wau e Yanomami), que atuam na Amazônia brasileira, em regiões onde houve confirmação da presença de índios isolados e também onde vivem povos de recente contato. Veja-se no site do ISA uma listagem com a localização dos povos indígena isolados, elaborada através de trabalho denominado Monitoramento de Terras Indígenas In: <http://pib.socioambiental.org/pt/c/no-brasil-atual/quem-sao/onde-estao-os-isolados> Os indígenas de recente contato são conceituados pelo antropólogo Artur Nobre Mendes como “os grupos e povos indígenas contatados no passado recente e que vivem em relativo estado de autonomia político-cultural e, ao mesmo tempo, sem o completo domínio das forças sociais dominantes que os circundam” In: <http://pib.socioambiental.org/pt/c/no-brasil-atual/quem-sao/contatados-e-protegidos> Tem-se que pode ser mantido contato com a FUNAI com a referida Coordenação, com o fim de encaminhar ao gestor do complexo regulador uma listagem preliminar de índios isolados e de recente contato para possibilitar o reconhecimento do atendimento preferencial defendido neste texto.

cadastro no CNES do SUS, deve ser viabilizado para todo o País, através da Sesai.

Veja-se, a este respeito, que a Lei 8080-1990, alterada pela Lei 9836 – 1999, determina em seu art 19-G, § 2º que devem ocorrer **“adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar a integração do SUS ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena”**, sendo que o § 3º preceitua que **“as populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados**, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde”

8. Conclusão:

Entende-se que o estabelecimento de atendimento prioritário e preferencial para indígenas isolados ou de recente contato no âmbito do Sistema Único de Saúde não ofende o princípio da isonomia.

Seguindo a doutrina de Celso Antonio Bandeira de Mello, entende-se que o fator de desigualação escolhido (indígenas isolados e de recente contato) não desrespeita o princípio constitucional da igualdade, haja vista abranger um grupo indeterminado de pessoas, sendo que o traço diferencial adotado reside nelas mesmas, não sendo alheio ou exterior às mesmas.

Por outro lado, existe uma justificativa racional e uma correlação lógica entre o traço desigualador escolhido e o tratamento jurídico dispensado (prioridade no atendimento pelo SUS), em razão das dificuldades de acesso ao SUS impostas aos povos indígenas isolados e de recente contato, decorrentes seja da longa distância entre as aldeias e os serviços de saúde, bem como a barreira linguística (indígenas que não falam a língua portuguesa) e cultural, a vulnerabilidade desses povos frente às doenças comuns à sociedade nacional envolvente, sendo os povos indígenas isolados e de recente contato mais suscetíveis a adquirem as aludidas doenças, as quais podem, inclusive, causar a morte de toda a comunidade.

Quanto à adequação da discriminação com os interesses e valores constitucionais, tem-se que a Constituição alberga uma proteção especial sobre os povos indígenas, principalmente os povos isolados e de recente contato, a teor do art. 231 da Constituição Federal que assegura aos indígenas sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições e art. 215, cujo § 1º preceitua que “O Estado protegerá as manifestações das culturas populares, indígenas e afro-brasileiras, e das de outros grupos participantes do processo civilizatório nacional”

Também o aludido atendimento preferencial deve ser observado em

cumprimento ao princípio da equidade, que inspira o Sistema Único de Saúde.

9. Bibliografia:

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; COSTA, Andre Monteiro. **A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS):** uma Avaliação da Estratégia de Saúde da Família. In: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/3010.pdf>. Acesso em 18-04-2013

BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO ESTADO DO AMAZONAS. **Inquérito Civil Público n.º 1.13.000.000279/2010-06.** Síntese: Acompanhar o tratamento de saúde dispensado aos indígenas Susso em ruwahá, bem como avaliar, frente aos princípios da igualdade e universalidade do SUS, a viabilidade de inserção de atendimento preferencial de saúde (ou cotas) para indígenas de pouco contato e de baixa imunidade, ante as peculiaridades de saúde e a necessidade de curta permanência em unidades de referência do SUS. Representante: Carlos Lisboa Travassos. Procedência: Portaria nº 36/ 2010/ 1º Ofício Cível/ PR-AM- 4256/2010. Autuado em 24/03/2010.

CARVALHO, Guido; SANTOS, Lenir. SUS Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde. Leis 8080/1990 e 8.142/1990. 4ª ed.. São Paulo: Unicamp, 2006.

COHN, Amélia ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Eqüidade e Reformas na Saúde nos Anos 90.** In: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v18s0/13803.pdf> Acesso em 20-02-2013.

ESCOREL, Sarah. **Os Dilemas da Equidade em Saúde:** Aspectos Conceituais. In: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf> Acesso em 20-12-2012.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. **Revisão sistemática sobre o Conceito de Acesso nos Serviços de Saúde:** Contribuições do Planejamento In: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000100022&script=sci_arttext Acesso em 29 de abril de 2013

LIMA, T. F. P. **Política de Informação no Contexto da Atenção à Saúde Indígena: uma Análise a partir da Perspectiva da Vigilância em Saúde.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2009.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Conteúdo Jurídico do Princípio da Igualdade.** 3ª ed. 14ª tiragem. São Paulo: Malheiros, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2002. In:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf Acesso em 15 de dezembro de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z** – Garantindo Saúde nos Municípios. 3ª ed. Brasília – DF, 2009. In: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf Acesso em 01 de dezembro de 2012.

PINHEIRO, Marcelo Cardoso; WESTPHAL, Márcia Faria; AKERMAN, Marco. **Equidade em Saúde nos Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde pós-Constituição Federal Brasileira de 1988**. In: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/11.pdf> Acesso em 01-02-2013

PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. 3ª ed. São Paulo, Saraiva, 2009.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Para uma Concepção Multicultural de Direitos Humanos**. p. 24 In: http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/Concepcao_multicultural_direitos_humanos_ContextoInternacional01.PDF Acesso em 01 de dezembro de 2012.

SANTOS, Boaventura de Souza. **A Construção Multicultural da Igualdade e da Diferença**. Oficina do CES n. 135, janeiro de 1999 In: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/135/135.pdf> Acesso em 12 de fevereiro de 2013.

SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA Jr. Carlos E. A. Cenários e Tendências da Saúde e da Epidemiologia dos Povos Indígenas no Brasil. In: COIMBRA, JR., SANTOS, RV e ESCOBAR, AL (orgs). **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil** (on line). Rio de Janeiro: Edit<http://books.scelo.org> ora Fiocruz; Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. Disponível em Scielo Books

SOUZA, Renilson Rehem de. **Políticas e Práticas de Saúde e Equidade**. In: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea03.pdf> Acesso em 01-03-2013.

TEIXEIRA, Carmen. Os Princípios do SUS. In: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCÍPIOS_DO_SUS.pdf

TRAVASSOS, Claudia. **Equidade e o Sistema Único de Saúde**: uma Contribuição para Debate. In: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000200024&script=sci_arttext Acesso em 20-01-2013.

VASCONCELLOS, Marília de Moraes. **A Necessidade de Priorizar o Atendimento à Pacientes**: Análise Bioética dos Argumentos Utilizados por Médicos na Aplicação de Recursos Limitados na Área de Saúde. Rio de Janeiro, 2010. In: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2328>