

Saneamento básico como ação de sustentabilidade social: a experiência do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões.

Basic sanitation as an action of social sustainability: an experience from the Indigenous Special Sanitation District Alto Rio Solimões.

Eric Matheus Bispo Pereira, pós-graduando em Gestão Pública.

ericmatheus.bispo@hotmail.com

Weydson Gossel Pereira, graduado em Ciências Biológicas.

weydson.pereira@saude.gov.br

Resumo

A gestão da saúde indígena fica a cargo da Secretaria Especial de Saúde Indígena que conta em sua estrutura com 34 (trinta e quatro) DSEI's. Nisto, evidencia-se de que forma o Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões executa ações de saneamento básico em aldeias. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, bibliográfica e documental. Na coleta de dados, aplicou-se entrevista semi-estruturada com colaboradores, objetivando-se identificar como as ações de saneamento contribuem na melhoria da qualidade de vida. Os principais resultados apontam que a SESAI conta em sua estrutura com 3 (três) Departamentos que prestam assistência direta a cerca de 738.624 indígenas que vivem em 5.361 aldeias. O Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões, atende uma população de 68.030 indígenas espalhados em 233 aldeias do interior do Amazonas e no apoio ao desenvolvimento dessas regiões, desenvolve, entre outros, ações de saneamento ambiental, através de Sistemas de Abastecimento de Água.

Palavras-chave: Política pública; Saneamento básico; saúde indígena.

Abstract

Indigenous health management is in charge of the Special Secretariat of Indigenous Health, which has 34 (thirty-four) DSEI's in its structure. In this, it is evident how the Alto Rio Solimões Indigenous Special Sanitary District performs actions of basic sanitation in villages. It is a descriptive and exploratory, bibliographical and documentary research. In the data collection, a semi-structured interview with employees was applied, aiming to identify how sanitation actions contribute to the improvement of quality of life. The main results indicate that SESAI has 3 (three) Departments that provide direct assistance to approximately 738,624 indigenous people living in 5,361 villages. The Alto Rio Solimões Indigenous Special Sanitary District serves a population of 68,030 indigenous people spread out in 233 villages in the countryside of the state of Amazonas and supports the development of these regions, among other things, develops environmental sanitation through Water Supply Systems.

Keywords: Public policy; sanitation; indigenous health

1. Introdução

A Constituição de 1988, ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu princípios que possibilitaram a ampliação da cobertura dos serviços públicos para toda a população, incluindo as chamadas “minorias” - grupos de pessoas com características e necessidades diferenciadas da maior parte da população - em um contexto de atenção à saúde básica e avançada (ALBERT, 2001).

Benevides, *et al* (2014) cita que a Constituição também garantiu um atendimento diferenciado à saúde da população indígena, uma vez que reconhece a sua organização sociocultural, bem como o respeito às práticas e costumes tradicionais, assentando ainda a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena no país.

Nesse contexto, e diante da necessidade do surgimento de um sistema integrado de atenção baseado no modelo assistencial de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), surge em 1999 o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, como estratégia complementar e diferenciada de organização dos serviços, com uma rede de atenção básica nas terras demarcadas, e apoio para o atendimento de média e alta complexidade (FERREIRA, 2012).

Hoje, quase vinte anos após a criação do referido Subsistema, a gestão da saúde indígena fica a cargo da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), entidade ligado ao Ministério da Saúde que conta em sua estrutura com 34 (trinta e quatro) DSEI's espalhados por todos os estados brasileiros (com exceção do Piauí e do Rio Grande do Norte), prestando suporte em assuntos relacionados à saúde, saneamento e abastecimento de água nas aldeias.

Um dos maiores desafios a serem enfrentados pela SESAI está no desenvolvimento de ações de saneamento básico nas aldeias indígenas, principalmente as localizadas em áreas de difícil acesso, como as da região Amazônica. Os indicadores evidenciam que esse processo necessita ser intensificado, e ao longo do trabalho serão evidenciadas atividades adotadas na melhoria de tais números.

2. Problema da pesquisa e Objetivo

Diante do exposto, surge o seguinte problema de pesquisa: de que forma o Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões (DSEI/ARS) executa ações de saneamento básico em aldeias indígenas de difícil acesso no interior do Amazonas? Para tanto, têm-se os seguintes objetivos específicos: i) compreender como é configurada a saúde indígena no Brasil e o papel do DSEI Alto Rio Solimões na execução da política pública; ii) identificar a atuação do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões na elaboração de projetos; acompanhamento e fiscalização das obras de Sistemas de Abastecimento de Água em aldeias de difícil acesso.

3. Saúde indígena no Brasil e os principais conceitos de sustentabilidade social

3.1 Políticas públicas de saúde indígena: principais recortes históricos.

As igrejas brasileiras por meio dos missionários utilizavam-se das missões evangelísticas para desempenhar o papel de cuidar dos problemas de saúde decorrentes do processo de colonização dos povos indígenas, além de aproveitar tais momentos para catequizar os índios, não tendo, portanto, a formulação de políticas públicas de saúde específicas para esse público até o século XX (OLIVEIRA, 2012).

Apenas em 1910, através do Decreto nº. 8.072 de 20 de junho, que o Brasil incluiu dentro do seu Plano de Governo um serviço voltado à saúde indígena, chamado de “Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN)”, vinculado ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio.

Posteriormente denominado Serviço de Proteção aos Índios (SPI), tinha como atribuição o controle das fronteiras e sertões, a educação indígena, a preservação, conservação e desenvolvimento do patrimônio (terras e recursos naturais de posse dos índios), garantindo, dessa forma, a emancipação econômica das tribos. Porém, consoante Lima (2005), o SPI foi ineficiente em sua função, uma vez que centralizou e manteve o monopólio sobre o exercício dos bens indígenas e reproduziu de forma abrupta o poder do Estado sobre a causa, não levando em consideração as especificidades inerentes à população indígena.

Extinto em 1967 após denúncias de corrupção, o SPI sai de cena e deixa um cenário devastador na saúde indígena: casos de genocídios por todo o país; conflitos envolvendo latifundiários, mineradoras e índios; venda de terras indígenas e introdução intencional de doenças como varíola, tuberculose, sarampo e gripe são apenas alguns dos problemas ocasionados, conforme relatório do Conselho Indigenista Missionário (CIMI, 1999).

Ainda nesse ano, foi sancionada a Lei nº 5.371 que criou a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), entidade subordinada ao Ministério da Justiça com a finalidade de estabelecer as diretrizes e garantir o cumprimento da política indigenista, que deveria ser baseada no respeito à pessoa do índio e às instituições e comunidades tribais, tendo sido incluída entre suas atribuições a promoção e a prestação da assistência médico-sanitária aos índios (CASTELLANI, 2012). Porém, seu modelo foi entrando em decadência ao longo dos anos, tendo em vista – entre outros fatores – o déficit de pessoal; estratégia equivocada de alocação de mão-de-obra; não conhecimento da cultura indígena e falta de recursos para operacionalização das políticas.

Têm-se então em 1999 a consumação da transferência das responsabilidades de atenção à saúde indígena da FUNAI para a FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), que gerenciou a área até o ano de 2010, momento no qual houve a criação de uma Secretaria Específica de Saúde Indígena. É válido lembrar que em 1999 também foi instituído através da Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999, o Subsistema de Saúde Indígena, sendo este componente direto do Sistema Único de Saúde. (AZEVEDO, 2000).

Por fim, em 2010, o então Presidente de República Luiz Inácio Lula da Silva, assinou o Decreto nº 7.336 de 19 de outubro, que passou a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para o Ministério da Saúde, criando, dessa forma a SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena) – que é estreitamente caracterizada na etapa de resultados desse artigo. Segundo Ikawa (2008) esse fato pode ser considerado um marco na luta indigenista, pois sua criação foi marcada por um processo de ampla participação de lideranças indígenas, sociedade e Governo, garantindo a interação entre os diversos atores envolvidos.

3.2 Conceitos e relações entre sustentabilidade social e saneamento básico.

Segundo Riechmann e Buey (2004) os conceitos e diretrizes da sustentabilidade social estão diretamente relacionados ao movimento pelo “desenvolvimento sustentável” que ganhou força a partir da Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD), realizada no Rio de Janeiro em 1992. Tal desenvolvimento é marcado por conseguir suprir as necessidades da geração atual, sem comprometer a capacidade de atender as necessidades das futuras gerações, não esgotando os recursos para o futuro (NOBRE, 2002).

Nessa perspectiva, e corroborando Agyeman (2005), a sustentabilidade social se refere a um conjunto de ações que visam melhorar a qualidade de vida da população, objetivando a redução das desigualdades sociais, ampliação dos direitos e a garantia de acesso aos serviços prestados pelo Estado (entre eles, os de saneamento), contribuindo, dessa forma, na formação cidadã dos indivíduos. Se fossemos definir tal conceito em palavras-chave, elas poderiam ser: qualidade de vida satisfatória e preocupação com o futuro.

Littig e Griessler (2005) cita que a sustentabilidade social tem como base o princípio da equidade, que prega em sua essência, que todos devem ter oportunidades e ser atendidos de forma igualitária pela sociedade, estando então tal conceito, relacionado diretamente à existência de uma sociedade justa no presente, criando mecanismos que a tornem duradoura.

Entre os atores responsáveis pela promoção da sustentabilidade social está o Estado, que através de investimentos governamentais em políticas públicas auxilia na melhoria da qualidade de vida de populações em situação de vulnerabilidade social (CAMARERO, 2009). Voltando-se tal conceito ao cenário brasileiro, verifica-se que entre essas ações, ganha destaque os investimentos necessários em saneamento básico, garantindo acesso à água potável para pessoas que não tem acesso a este serviço.

Conforme Daltro Filho (2004) o saneamento básico pode ser definido como o conjunto de ações para promover e assegurar condições de bem-estar e segurança de uma população, através, dentre outros, de sistemas de abastecimento de água, utilizando-se para isso, das tecnologias que forem necessárias, portanto, constituem-se como medidas preventivas para a saúde da população.

Percebe-se ainda que a inexistência ou ineficácia de serviços de saneamento favorece ao agravamento da saúde e da qualidade de vida da população, principalmente aquelas localizadas em regiões periféricas ou de difícil acesso (como os indígenas moradores de aldeias). Assim, a insuficiência de investimento nesse setor, interfere de forma negativa no sistema econômico, uma vez que eleva os recursos dispostos ao combate às enfermidades propagadas devido às condições sanitárias inadequadas (SOUZA, 2011).

4. Metodologia

O presente artigo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa e quanto ao objetivo, como descritiva e exploratória (GIL, 1999). Buscou-se descrever as políticas públicas de engenharia em saneamento existentes na saúde indígena do país. É exploratória, na medida em que procurou conhecer com maior profundidade o tema, que além de bastante discutido no cenário nacional, torna-se relevante, se consideramos – entre outros – a dimensão populacional do público-alvo objeto do estudo.

Quanto aos procedimentos, trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, em que foram consultados materiais disponíveis de fontes primárias e secundárias, favorecendo a observação do processo de maturação da ideia central (CELLARD, 2008).

Foi realizado um levantamento de dados através de roteiro de entrevista para que fosse possível explicar as razões dos eventos mensurados e as correlações observadas referentes à temática da pesquisa (BABBIE, 2001). Os resultados foram unidos a uma pesquisa bibliográfica, que segundo Gauthier (2004) elimina – ao menos em parte – a eventualidade de quaisquer influências do conjunto dos comportamentos ou acontecimento pesquisados.

Objetivando-se a manutenção da conexão de ideias necessárias à construção do artigo, identifica-se, em um primeiro momento, o papel da Secretaria de Saúde Indígena dentro do subsistema de saúde indígena brasileiro, estabelecendo-se conexões com um dos Distritos Sanitários a ela vinculados. Além disso, relata-se, como o Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena (SESANI/ARS) do Órgão executa suas atividades de elaboração, desenvolvimento e monitoramento de obras de engenharia de saneamento em aldeias indígenas de difícil acesso.

Caracterizou-se, também, como estudo de caso, que segundo Yin (1994) possibilita a compreensão, exploração e descrição dos acontecimentos e contextos de determinada situação, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores e ao realizá-lo, propõem-se demonstrar experiências de aprofundamento em questões relevantes sobre o fenômeno pesquisado, enfatizando a multiplicidade de dimensões do problema.

Na coleta de dados, utilizou-se de entrevista semi-estruturada junto a servidor e colaborador encarregados de desenvolver as ações de saneamento no DSEI Alto Rio Solimões (unidade descentralizada da Secretaria de Saúde Indígena), auxiliando na preservação de características importantes para retratar os eventos em foco. O local da pesquisa de campo foi a sede do DSEI/ARS, localizado no município de Tabatinga, cidade tríplice fronteira com a Colômbia e o Peru, localizada no interior do Amazonas.

As entrevistas foram realizadas com o Chefe do SESANI/ARS (responsável pela condução das ações de construção em saneamento e fiscalização dos contratos); e com o Engenheiro encarregado de tais obras, entre os dias entre os dias 13 e 14 de dezembro de 2018, conforme descrito no Quadro 01.

Entrevistado	Função	Data da entrevista	Duração aproximada da entrevista
Entrevistado 1	Chefe do Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena	13/12/2018	1 hora e 30 minutos
Entrevistado 2	Engenheiro contratado	14/12/2018	1 hora

Quadro 01. Relação de entrevistados na pesquisa. Fonte: elaborada pelo autor.

As perguntas foram elaboradas com o objetivo de identificar, dentre outros, os seguintes aspectos: informações referentes ao processo de elaboração e condução das obras em engenharia de saneamento nas aldeias indígenas pertencentes à jurisdição do DSEI Alto Rio Solimões, relacionando-as com a melhoria das condições de vida e demais benefícios promovidos por tais projetos.

5. Análise e discussão de resultados

5.1 A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) como Órgão operacionalizador da política pública.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) - Órgão Federal vinculado ao Ministério da Saúde, foi criada em 2010 com o objetivo de ser a unidade gestora do subsistema de saúde indígena brasileiro, sendo a responsável pela coordenação da execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que por sua vez está integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Tem como Missão implantar um novo modelo de gestão e de atenção no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde, de forma descentralizada, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), de tal forma que possa ser desenvolvido ações de atenção integral e educação em saúde, em consonância com as políticas e os programas do SUS, observando ainda a medicina tradicional dos povos. É sua competência também a realização de ações de saneamento e edificações em terras indígenas; articulação com estados, municípios e organizações não-governamentais para elaboração de ações e a promoção do fortalecimento do Controle Social no Subsistema (BRASIL, 2016).

No que se refere aos Recursos Humanos, a Secretaria de Saúde Indígena contava com 2.176 (dois mil cento e setenta e seis) servidores – segundo Relatório de gestão de 2016 - lotados no nível central em Brasília e nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas existentes no país. Porém, tais números são bem mais expressivos, tendo em vista que não foi encontrado nos Relatórios públicos do Órgão o quantitativo de funcionários terceirizados ou conveniados que prestam serviço à SESAI e também pelo fato de que no ano de 2017 foi realizado concurso público visando preenchimento de vagas nos cargos de nível superior da área meio, havendo vagas para Administrador, Contador e Analista de Políticas Sociais.

Ainda em seu Relatório de Gestão de 2016, verifica-se que a SESAI presta atendimento a cerca de 738.624 (setecentos e trinta e oito mil, seiscentos e vinte e quatro) indígenas que compõem mais de 170.000 (cento e setenta mil) famílias residentes em 5.361 (cinco mil, trezentos e sessenta e uma) aldeias, segundo informações do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI.

De forma hierárquica, o maior cargo dentro da estrutura da Secretaria é o de “Secretário Especial de Saúde Indígena” tendo ainda como unidade assessora o “Fórum de Presidentes do CONDISI (Conselho Distrital de Saúde Indígena)” – encarregado de efetuar ações de controle social no âmbito da saúde indígena. A SESAI também se subdivide em Departamentos, sendo eles:

O Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI), que tem a responsabilidade de garantir as condições necessárias à gestão do Subsistema, promovendo o fortalecimento da gestão nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e propondo mecanismos para organização gerencial e operacional da atenção à saúde;

O DASI (Departamento de Atenção à Saúde Indígena) **que** por sua vez orienta e apoia a implementação de programas de atenção à saúde para a população indígena, planeja, coordena e supervisiona as atividades de educação em saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

Existe também o Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena (DSESI), que tem por objetivo planejar e supervisionar a elaboração e implementação de

programas e projetos de saneamento e edificações em saúde indígena, além de efetuar o controle e monitoramento da qualidade das águas dos Sistemas de Abastecimento das aldeias e gerenciar o Programa de gerenciamento e destinação de resíduos sólidos, apoiando as equipes técnicas dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no desenvolvimento das ações de saneamento e edificações.

Conforme relatado nos parágrafos acima, e corroborando com Piovesan (2008) nota-se que a referida Secretaria contribui não apenas na condução das políticas públicas de saúde indígena, mas lança-se como defensora da causa como um todo, efetuando parcerias com Estados e Municípios na execução de suas ações. É também multidisciplinar, uma vez que une atenção básica à saúde (atividade fim) com outras áreas, como a arquitetura e a engenharia, devidamente evidenciadas na construção de Sistemas de Saneamento de Água (SAA) responsáveis por levar água potável às comunidades.

5.2 A atuação do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões (DSEI/ARS) no desenvolvimento de ações de saneamento em aldeias indígenas.

Albert (2001) definem os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) como unidades descentralizadas da Secretaria de Saúde Indígena, responsáveis por executar *in loco* as políticas públicas de saúde indígena, cabendo a estes o planejamento, a coordenação, a supervisão, o monitoramento, a avaliação e execução das atividades e, como são unidades autônomas, possuem também atividades de execução orçamentária, financeira e contábil.

O Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões (DSEI/ARS) atende uma população de 68.030 (sessenta e oito mil e trinta) indígenas espalhados em 233 (duzentas e trinta e três) aldeias nos municípios de Tabatinga; Benjamin Constant; Amaturá; São Paulo de Olivença; Santo Antônio do Içá e Tonantins, que juntos representam a segunda maior população indígena do país. Segundos dados do SIASI (Sistema Integrado de Atenção à Saúde Indígena), são 14.805 (quatorze mil, oitocentos e cinco) famílias divididas em 10.523 (dez mil, quinhentos e vinte e três) residências atendidas por 13 (treze) polos bases – que funcionam nos moldes do Programa saúde da Família (PSF). O Quadro 02 relata a distribuição dos Polos Bases.

Polo base	Município	Total de aldeias	Quantidade de população
Belém do Solimões	Tabatinga	28	10005
Betânia	Santo Antônio do Içá	29	8312
Campo alegre	São Paulo de Olivença	9	6443
Feijoal	Benjamim Constant	15	7397
Filadélfia	Benjamim Constant	21	8228
Nova Itália	Amaturá	13	2780
São Francisco do Canimari	Amaturá	13	1657
São Paulo de Olivença	São Paulo de Olivença	42	5392
Tonantins	Tonantins	31	3856
Umariacú I	Tabatinga	6	2890

Umariacú II	Tabatinga	3	5742
Vendaval	São Paulo de Olivença	21	4807
Vila Bittencourt	Jaupurá	1	521
Total		233	68030

Quadro 02. Polos Bases pertencentes ao DSEI Alto Rio Solimões. Fonte: elaborado pelo autor.

Tais polos estão localizados em terras indígenas, sendo eles: Umariacú I; Umariacú II; Feijoal; Vendaval; Betânia; Filadélfia; Belém do Solimões; Campo Alegre; São Paulo de Olivença; Betânia; Nova Itália; Tonantins e Vila Bitencourt. Em aldeias maiores (como é o caso de Filadélfia) com 8.228 (oito mil, duzentos e vinte e oito) indígenas, há fora os polos bases, mais alguns postos de saúde dispostos em locais mais distantes do centro da comunidade, sendo 19 (dezenove) nessa situação.

O município de Tabatinga (onde fica a sede do DSEI/ARS) conta com 3 (três) grandes aldeias – Belém do Solimões, Umariacú I e Umariacú II – que juntas, abrigam 18.637 (dezoito mil, seiscentos e trinta e sete) indígenas.

O DSEI Alto Rio Solimões também se divide administrativamente em “serviços” – que são setores responsáveis pela execução de atividades relacionadas ao seu funcionamento. Tem na sua figura máxima o Coordenador Distrital de Saúde Indígena (cargo comissionado do Poder Executivo); com participação na gestão pelo CONDISI (Conselho Distrital de Saúde Indígena), representando o interesse dos povos tradicionais.

Atualmente, cerca de 70 (setenta) funcionários estão lotados na sede do DSEI, entre servidores efetivos, colaboradores conveniados e terceirizados, que desempenham suas atividades nas áreas fim e meio da saúde indígena. Os serviços existentes são o SEAD (Seção de Apoio Administrativo); SELOG (Serviço de Recursos Logísticos); Serviço de Edificações e Saneamento Indígena (SESANI); SEOFI (Serviço de Orçamento e Finanças) e DIASI (Divisão de Atenção à Saúde Indígena). Além disso, há também um Serviço de Escritório Local (sede da conveniada que presta serviço ao DSEI) e uma CASAI (Casa de Saúde Indígena), responsável por abrigar pacientes que estão distantes de suas aldeias por estarem em tratamento de saúde.

Entre esses setores, o que mais se destaca – dentro da temática do artigo – é o Serviço de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena (SESANI/ARS), justamente por ser o responsável pelo planejamento, operacionalização, fiscalização, e acompanhamento das ações de saneamento ambiental em áreas indígenas que estão sob jurisdição do DSEI/ARS.

Composto por 10 (dez) pessoas, sendo elas: 1 (um) Administrador, que também atua como chefe e fiscal administrativo dos contratos de construção de Sistemas de Abastecimento de Água; 2 (dois) Engenheiros Civis (responsáveis pelo acompanhamento das obras e fiscais técnicos); 1 (um) Engenheiro Elétrico (encarregado da manutenção elétrica das instalações e apoio no desenvolvimento de projetos); 1 (um) Arquiteto (cuida do desenho técnico do projeto e acompanha as construções); 1 (um) Geólogo (responsável pelos estudos que subsidiam os projetos de construção dos Sistemas de Abastecimento); 1 (uma) Farmacêutico-Bioquímica (encarregada das análises de potabilidade da água dos sistemas já implantados); 2 (dois) Técnicos em Edificações (prestam apoio na elaboração e execução dos projetos de engenharia) e 1 (um) assistente em manutenção (suporte operacional das atividades de conserto e instalação elétrica), é essa a equipe encarregada de garantir acesso à água potável aos indígenas, através da implantação de Sistemas de

Abastecimento de Água (SAA), ampliação dos já existentes ou reformas dos já implantados. Sobre isso, o entrevistado 2 comenta:

Fazer parte do setor responsável em desenvolver ações de sustentabilidade social em aldeias indígenas de difícil acesso é superar as dificuldades logísticas das obras de saneamento, e saber que a melhoria nas condições de vida de toda uma população depende do planejamento e gerenciamento dos projetos que desenvolvemos.

Das 233 (duzentas e trinta e três) aldeias sob jurisdição do DSEI/ARS, apenas 27 (vinte e sete) contam com abastecimento de água potável e encanada para os domicílios – percentual de pouco mais de 10% do total de aldeias. São várias as dificuldades e desafios que estão por trás desse cenário e quando questionado, o entrevistado 1 cita:

Nossas aldeias estão localizadas ou às margens do Rio Solimões ou de igarapés dele derivados, porém, se no Nordeste há o problema da seca, o nosso está relacionado ao alto custo na implantação de Sistemas de Abastecimento de Água (que potencializem a água desses mananciais), bem como a falta de interesse das próprias construtoras em efetivar essas obras.

Porém, no enfrentamento dessa questão, em 2017, houve processo licitatório para reforma e ampliação de 2 (dois) Sistemas de Abastecimento de Água, sendo elas a da Comunidade de Umariçu I e Belém do Solimões, além da licitação para construção de 2 (dois) novos Sistemas nas aldeias de Cajari I e II, que juntas beneficiam uma população de 7.541 (sete mil quinhentos e quarenta e um) indígenas, conforme detalhado no Quadro 03.

Aldeia	Número de famílias	Número de residências	Número de população
Belém do Solimões	1016	681	4743
Umariçu 1	504	343	2382
Cajari 1	47	42	278
Cajari 2	26	21	138

Quadro 03. Detalhamento das aldeias beneficiadas pelas licitações de Sistemas de Abastecimento de Água realizadas pelo DSEI/ARS em 2017. Fonte: SIASI, 2018.

Tais obras começaram sua execução em janeiro de 2018 e conforme documentos dos processos, notou-se que apenas 1 (uma) empresa compareceu à Tomada de Preços que julgou as propostas para fins de contratação. Em relação aos valores, a obra de ampliação de Belém do Solimões está orçada em R\$ 1.818.038,88 (um milhão oitocentos e dezoito mil trinta e oito reais e oitenta e oito centavos); e a de Umariçu I saiu ao custo de R\$ 149.963,45 (cento e quarenta e nove mil e novecentos e sessenta e três reais e quarenta e cinco centavos). As novas construções, que são Cajari I e II, custaram R\$ 355.115,94 (trezentos e cinquenta e cinco mil, cento e quinze reais e noventa e quatro centavos) e R\$ 323.473,81 (trezentos e vinte e três mil, quatrocentos e setenta e três reais e oitenta e um centavos) respectivamente.

Mesmo sendo obras com valores expressivos, apenas uma empresa compareceu à Tomada de Preços, justamente pelo fato das obras estarem localizadas em áreas de difícil de acesso, onde a logística de entrega de materiais é difícil. Para se ter ideia, o tempo de transporte de balsa de Manaus até Tabatinga, que é a cidade mais perto das aldeias, são quinze dias. De lá, os materiais precisam ser recolocados em embarcações menores que consigam navegar até as terras indígenas, relata o entrevistado 1.

Além disso, conforme relatados nos processos administrativos de fiscalização das obras, há uma dificuldade por parte da contratada em cumprir os prazos previstos no cronograma – alegando, ela, inúmeras situações, como: estiagem, que deixa o rio sem boas condições

de navegabilidade; dificuldade na operacionalização da mão de obra contratada; e alto custo no transporte de materiais. Sobre isso, o entrevistado 2 relata que ao serem identificadas falhas na execução do contrato, a empresa é devidamente notificada e após garantido o direito ao contraditório e a ampla defesa, as penalidades administrativas são aplicadas no SICAF (Sistema de Cadastramento de Fornecedores do Governo Federal).

Em dezembro de 2017, conforme evidenciado nas Figuras 01 e 02, houve as inaugurações dos Sistemas de Abastecimento de Água das comunidades de Cajari I e II e Umariçu I, melhorando, dessa forma, os indicadores em uma das regiões com as menores taxas de saneamento básico do país. Tais eventos além de melhorarem a qualidade de vida de toda uma região, previnem o surgimento de doenças parasitárias e dermatológicas, em consonância, portanto, com a função essencial da Secretaria Especial de Saúde Indígena, que é prestar um serviço e qualidade na atenção básica em saúde.



Figura 01. Inauguração do Sistema de Abastecimento de Água da aldeia Cajari I. Fonte: elaborado pelos autores.



Figura 02. Inauguração do Sistema de Abastecimento de Água da aldeia Cajari II. Fonte: elaborado pelos autores.

Em relação à obra de ampliação do Sistema de Abastecimento de Água (SAA) da aldeia de Belém do Solimões está com previsão de entrega para fevereiro de 2019, sendo este o maior SAA em funcionamento dentro de aldeias indígenas do país. Sabe-se que o caminho é longo, mas estamos trabalhando para ampliar o acesso à água potável às aldeias da região e são ações como essas que conseguem levar saneamento básico e consequentemente sustentabilidade social às regiões mais longínquas do país, finaliza o entrevistado 1.

6. Considerações Finais

A partir do que foi exposto, afirma-se que a relação entre os povos indígenas e o Estado brasileiro é historicamente marcada por lutas e movimentos em prol de conquistas para a causa indígena. Ações essas que ultrapassam questões de demarcação de territórios e chegam à alçada do acesso à saúde e saneamento básico. Nessa perspectiva, após um cenário onde a saúde indígena era tratada em segundo plano, surge a Secretaria de Saúde Indígena, considerada um grande marco para a saúde dos povos tradicionais, que por sua vez, podem monitorá-la através do controle social.

Ressalta-se que o Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões, mesmo com todas as limitações logísticas típicas das regiões de difícil acesso, consegue implementar a atenção básica e realizar ações de saneamento básico nas aldeias, reduzindo, dessa forma, os índices de doenças, como a malária e casos diarreicos, além de desenvolver projetos de educação ambiental e monitoramento da qualidade da água.

Em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), o DSEI ARS operacionaliza a saúde indígena na Região do Alto Solimões, buscando a promoção e adaptação das políticas de saúde à realidade da população, contemplando as especificidades culturais e o diálogo na formação de proposições sobre o assunto.

As 4 (quatro) principais obras de saneamento executadas pelo Órgão desde 2017 vem proporcionando acesso à água potável a uma população que por anos – mesmo residindo perto de rios e igarapés – não tinham esse bem natural disponível em suas casas. São investimentos como esses que auxiliam na democratização do conceito de sustentabilidade social, uma vez que consegue melhorar as condições de vida de toda uma população, pensando também nas gerações futuras.

Porém, apesar de tais investimentos, as dificuldades e desafios que enfrentam as políticas públicas de saneamento básico em aldeias indígenas de difícil acesso ainda são muitas, no entanto, a partir da superação destes, ocorrerá a concretização dos direitos sociais garantidos constitucionalmente. Na elaboração de estudos futuros, recomenda-se o estabelecimento de correlações que evidenciem os benefícios de tais obras na vida dos usuários, comparando-os com os índices de ocorrência de doenças que podem ser prevenidas a partir de projetos de saneamento básico.

Referências

ALBERT, B. (2001). **Associações indígenas e desenvolvimento sustentável na Amazônia brasileira**. São Paulo: ISA.

AGYEMAN, J. *Sustainable Communities and the Challenge of Environmental Justice*. New York: NYU Press, 2005.

AZEVEDO, M. Censos demográficos e “os Índios”: dificuldades para reconhecer e contar. In: RICARDO, C.A. **Povos indígenas no Brasil, 1986-2000**. São Paulo: Instituto Socioambiental, p.79-82, 2000.

BABBIE, Earl. *Survey Research Methods*. California: Wadsworth, 2001.

BENEVIDES, Luciana; PORTILLO, Cordón; NASCIMENTO, Wanderson. **A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema.** Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 2014.

BRASIL. **Decreto no 8.072, de 20 de junho de 1910.** Cria o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais e aprova o respectivo regulamento. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D8072.htm. Acesso em 10 jan.2019.

_____. **Decreto no 8.072, de 20 de junho de 1910.** Cria o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais e aprova o respectivo regulamento. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D8072.htm. Acesso em 10 jan.2019.

CAMARERO, L; *et al.* **La población rural de España: de los desequilibrios a la sostenibilidad social.** Barcelona: Fundación La Caixa, 2009.

CASTELLANI, MR. **Subsistema de Saúde Indígena:** alternativa bioética de respeito às diferenças, (dissertação). Brasília: Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde; 2012.

CELLARD, A. A análise documental. *In:* POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis, Vozes, 2008.

CIMI/Conselho Indigenista Missionário. **Saúde dos Povos Indígenas: direito a uma atenção diferenciada.** Cadernos do Cimi, 1999.

DALTRO FILHO, José. **Saneamento Ambiental:** doença, saúde e saneamento da água. Ed. UFS. São Cristóvão, 2004.

FERREIRA, LB. **O Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena:** uma reflexão bioética. Brasília: Universidade de Brasília, 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IKAWA, Daniela. **Direito dos povos indígenas.** *In:* SARMENTO, Daniel; IKAWA, Daniela; 2008.

LIMA, A. C. de S. **Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil.** Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

LITTIG, B; GRIESSLER, E. **Social sustainability: a catchword between political pragmatism and social theory.** *International Journal of Sustainable Development*, 2005.

NOBRE, M. Desenvolvimento sustentável: origens e significado atual. *In:* NOBRE, M; AMAZONAS, M. C. (Orgs) **Desenvolvimento sustentável:** a institucionalização de um conceito. Brasília: Ibama, 2002.

OLIVEIRA, FA. **Antropologia nos serviços de saúde:** integralidade, cultura e comunicação. Interface Comun Saúde Educ, 2012.

SOUSA, A. C. A. **Política de Saneamento no Brasil:** atores, instituições e interesses. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2011.

YIN, Robert. **Case Study Research: Design and Methods.** California: SAGE Publications, 1994.