

Fundação Nacional de Saúde  
Departamento de Saúde Indígena

INSTITUTO SÓCIOAMBIENTAL
data. / /
cod. F2D 00053

**POLÍTICA NACIONAL  
DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DOS POVOS INDÍGENAS**

Versão aprovada no Conselho Nacional de Saúde/MS  
Brasília, Novembro de 2000.

## SUMÁRIO

1 - Introdução.....	03
2 - Antecedentes .....	04
2.1 - Situação Atual de Saúde .....	06
3 - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.....	10
4 - Diretrizes.....	10
4.1 - Distrito Sanitário Especial Indígena.....	10
4.1.1 - Conceito.....	10
4.1.2 - Organização .....	11
4.2 - Preparação de Recursos Humanos para Atuação em Contexto Intercultural .....	12
4.3 - Monitoramento das Ações de Saúde .....	13
4.4 - Fortalecimento dos Sistemas Tradicionais de Saúde.....	14
4.5 - Promoção ao Uso Adequado e Racional de Medicamentos.....	15
4.6 - Promoção de Ações Específicas em Situações Especiais .....	16
4.7- Promoção Ética nas Pesquisas e nas Ações de Atenção à Saúde Envolvendo Comunidades Indígenas.....	17
4.8 - Promoção de Ambientes Saudáveis e Proteção da Saúde Indígena .....	17
4.9 - Controle Social .....	18
5 - Responsabilidades Institucionais .....	19
5.1 - Ministério da Saúde .....	20
5.2 - Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde .....	20
5.3 - Fundação Nacional do Índio - FUNAI/MJ .....	20
5.4 - Ministério da Educação.....	21
5.5 - Ministério Público Federal.....	21
5.6 - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/CNS.....	21
5.7 - Comissão Intersectorial de Saúde Indígena - CISI/CNS.....	21
6 - Financiamento .....	22
7 - Bibliografia .....	22

## 1 - INTRODUÇÃO

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

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

Sua implementação requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação deverá ser implementada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população específica. Isso torna indispensável a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e capacidade do Sistema tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes relativos à descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, torna-se indispensável que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas através da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.

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

## 2 - ANTECEDENTES

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

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

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

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

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

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) que, baseando-se no modelo de atenção do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem.

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

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

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

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

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

Em fevereiro de 1991 foi publicado o Decreto Presidencial nº. 23, transferindo para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde destinados a estes povos. Foi então criada, no âmbito do

Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio - COSAI, subordinada ao Departamento de Operações – DEOPE - da Fundação Nacional de Saúde, com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena.

No mesmo ano é criada pela resolução 11, de 13 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), tendo como principal atribuição a de assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Inicialmente sem representação indígena, os próprios membros da CISI reformularam sua composição e, com a saída espontânea de representantes do CNS, da Secretaria de Meio Ambiente, dentre outras, conseguiram-se 4 das 11 vagas para representantes de organizações indígenas.

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

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

## **2.1 - SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE**

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

Guarani e Tupiniquim, cujos ancestrais presenciaram a chegada das primeiras embarcações que cruzaram o Atlântico há cinco séculos passados.

Os povos indígenas estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 567 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 12 % do território nacional. Uma parcela vive em áreas urbanas, normalmente em periferias.

Cerca de 60% dessa população vive no centro-oeste e norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas.

Os outros 40% da população indígena estão confinados em apenas 1,3% da extensão das terras indígenas, localizadas nas regiões mais populosas do nordeste, leste e sul do país:

Ainda que numericamente constituam uma parcela de somente 0.2% da população brasileira, em algumas regiões a presença indígena é significativa. Em Roraima, por exemplo, representam cerca de 15% da população do estado; 4% no Amazonas e 3% no Mato Grosso do Sul. Tomando-se como base a população municipal, em grande número de situações a população indígena é maioria, tanto em municípios amazônicos, quanto em outros da região sul, sudeste e centro-oeste.

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

Muitos desses povos estão ameaçados de desaparecimento, sendo que entre alguns deles o número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer a sua reprodução biológica. O Estado de Rondônia, onde uma intensa atividade madeireira, garimpeira e agropecuária tem provocado altíssima mortalidade numa população hoje estimada em 6.284 pessoas, remanescentes de 22 povos, é um dos exemplos nesse sentido. Enquanto que algumas dessas sociedades passam por processo de recuperação populacional, como os Pakaas Novos, por exemplo, que hoje são mais de 1900, outros, como os Latundê sofreram um processo de redução e, contam atualmente com apenas 37 pessoas.

Em termos gerais observa-se um crescimento demográfico entre os povos indígenas do País, fato normalmente associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas e melhoria do acesso aos serviços de atenção básica à saúde.

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

sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis.

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

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

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

A tuberculose é um dos agravos que acometem com maior freqüência e severidade as comunidades indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam taxas de incidência altíssimas, superiores em muito àquelas encontradas entre a população branca do país. Entre os Yanomami de Roraima, por exemplo, o coeficiente de incidência anual de tuberculose passou de 450 por 100.000 pessoas em 1991, a 881.4 por 100.000 pessoas em 1994. Em 1998, era de 525.6 por 100.000 segundo os dados da organização Comissão Pró Yanomami. Também em outros povos indígenas foram registradas taxas altíssimas de incidência. Os dados epidemiológicos do Departamento de Saúde da FUNAI, antes mencionado, relativos ao mesmo ano indicam que a tuberculose foi responsável por 22.7% do total dos óbitos indígenas registrados por doenças infecto-parasitárias (2.2% dos óbitos por todas as causas), ou seja, duas vezes a taxa mundial de mortalidade específica por tuberculose. A fraca cobertura sanitária das comunidades indígenas, a deterioração crescente de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, a ausência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos, os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, lingüístico-cultural) aos centros de saúde, a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono freqüente pelos doentes do tratamento concorrem pela manutenção da endemia de tuberculose entre as populações indígenas no Brasil.

A infecção pelo HIV/Aids também é um agravo que tem ameaçado um grande número de comunidades. Desde 1988, começaram a ser registrados os primeiros casos entre os índios,



número que vem aumentando com o passar dos anos, sendo que dos 36 casos conhecidos até o momento, 8 foram notificados em 1998, distribuídos em todas as regiões do Brasil. O curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes e a falta de informações entre os índios sobre os modos de transmissão do vírus e prevenção da doença, bem como as limitações de ordem lingüística e cultural para a comunicação com eles constituem desafios a serem enfrentados e expressam sua situação altamente vulnerável frente a tendência de interiorização da epidemia no país. A compreensão das redes de transmissão e os determinantes dos processos sociais e culturais originados do contato com a sociedade envolvente, bem como as relações integrupais, é fator importante para a tomada de decisões e implementação de ações de prevenção. Com relação à DST, co-fator que potencializa a infecção pelo HIV em qualquer grupo social, indicadores a partir de estudos de casos revelam números preocupantes. O relatório da Funasa de 1998 indicou 385 casos registrados.

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

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

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

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

### **3 - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS**

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

### **4 - DIRETRIZES**

Para o alcance desse propósito são estabelecidas as seguintes diretrizes que devem orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas:

- organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- fortalecimento dos sistemas tradicionais de saúde;
- promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- promoção de ações específicas em situações especiais;
- promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- controle social

#### **4.1 - DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA**

##### **4.1.1 – CONCEITO**

O conceito utilizado nesta proposta situa o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços, orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.

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

- população, área geográfica e perfil epidemiológico;
- disponibilidade de serviços, recursos humanos e infra-estrutura;
- vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS;
- relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional;
- distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios, onde são localizadas as terras indígenas.

#### **4.1.2 - ORGANIZAÇÃO**

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

Cada Distrito organizará uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde. As Comissões Intergestores Bipartites constituem importantes espaços de articulação para o eficaz funcionamento dos distritos.

As equipes de saúde dos Distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, contando com a participação sistemática de antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas e outros especialistas e técnicos considerados necessários.

O número, qualificação e perfil dos profissionais das equipes serão estabelecidos de acordo com o planejamento detalhado de atividades, considerando: o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias e o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde a ser definido conforme à diretriz específica desta política.

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

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades terão uma outra instância de atendimento que serão os Pólos Base. Estes se constituem na primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena e num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverão ser resolvidas nesse nível.

As demandas que não forem atendidas no grau de resolatividade dos Pólos Base, deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada distrito sanitário especial indígena. Essa rede já tem sua localização espacial definida e será articulada e incentivada a atender, levando em consideração a realidade sócio-econômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento.

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

Deverão ser oferecidos serviços de apoio aos pacientes que necessitem dos serviços da rede do Sistema Único de Saúde. Tais serviços serão prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos Distritos a partir da readequação das Casas do Índio. Essas Casas de Saúde deverão estar em condições de receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, realização de exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso.

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

#### **4.2 – PREPARAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA ATUAÇÃO EM CONTEXTO INTERCULTURAL**

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

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

O processo de formação dos agentes indígenas de saúde será elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Lei nº 9.394/96), no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando

facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico). Deverá seguir metodologia participativa, propícia à comunicação intercultural, de modo a favorecer o processo recíproco de aquisição de conhecimentos. Os estudos e levantamentos sócio-antropológicos existentes e os realizados de forma participativa deverão ser aproveitados como subsídios à formação de recursos humanos e à própria prestação de serviços.

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

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

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

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

### **4.3 - MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE**

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

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

Essas informações servirão também para identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, estabelecer prioridades na alocação de recursos e orientação programática, facilitando a participação das comunidades no planejamento e na avaliação das ações.

Os instrumentos para coleta de dados no território distrital serão propostos por equipe técnica do órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Estes instrumentos poderão ser adaptados à realidade local, mas terão que permitir a identificação

dos riscos e das condições especiais que interferem no processo de adoecer e buscar intervenções específicas de cada povo.

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

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

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

#### **4.4 -FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS TRADICIONAIS DE SAÚDE**

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

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

Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para elas de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-as como receptoras passivas, despossuídas de saberes e práticas ligados ao processo saúde-doença.

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

O respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada povo indígena e a seus diversos especialistas serão princípios que permeiam todo o conteúdo das demais diretrizes desta Política.

A articulação desses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde desses povos.

#### **4.5 - PROMOÇÃO AO USO ADEQUADO E RACIONAL DE MEDICAMENTOS**

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

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

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

- a) descentralização da gestão da assistência farmacêutica no âmbito dos distritos sanitários especiais indígenas;
- b) promoção do uso racional dos medicamentos essenciais básicos e incentivo e valorização das práticas farmacológicas tradicionais;
- c) avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento, baseada em decisão de grupo técnico interdisciplinar de consenso, considerando as variáveis socioculturais e as situações especiais (como grupos indígenas isolados ou com pouco contato, com grande mobilidade e em zonas de fronteira);
- d) controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos por meio de estudos clínicos, epidemiológicos e antropológicos específicos;
- e) promoção de ações educativas no sentido de se garantir adesão do paciente ao tratamento, inibir as práticas e os riscos relacionados com a automedicação,

estabelecer mecanismos de controle para evitar a troca da medicação prescrita e a hipermedicação;

- f) autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação da farmacopéia tradicional indígena, seus usos, conhecimentos e práticas terapêuticas, com promoção do respeito às diretrizes, políticas nacionais e legislação relativa aos recursos genéticos, bioética e bens imateriais das sociedades tradicionais.

#### **4.6 - PROMOÇÃO DE AÇÕES ESPECÍFICAS EM SITUAÇÕES ESPECIAIS**

Para a efetiva implementação e consolidação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deverão ser consideradas e priorizadas ações para situações consideradas especiais, isto é, caracterizadas, fundamentalmente, por risco iminente, especificidade do processo saúde doença, impacto econômico e social de grande projetos de desenvolvimento, vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição a determinados agravos, como as doenças sexualmente transmissíveis e a aids, o suicídio, e os desastres ambientais, entre outros.

Estas ações e situações especiais devem, portanto, contemplar:

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

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

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

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

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



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

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

#### **4.7- PROMOÇÃO DA ÉTICA NAS PESQUISAS E NAS AÇÕES DE ATENÇÃO À SAÚDE ENVOLVENDO COMUNIDADES INDÍGENAS**

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

#### **4.8 - PROMOÇÃO DE AMBIENTES SAUDÁVEIS E PROTEÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA**

O equilíbrio das condições ambientais nas terras indígenas é um fator de crescente importância para a garantia de uma atenção integral à saúde dos povos indígenas. Mesmo nos casos em que a definição de limites e o processo de demarcação das terras indígenas tenham ocorrido de forma satisfatória, assegurando-se as condições indispensáveis para o futuro dos ocupantes, e mesmo que estes se incluam entre os grupos mais isolados e com contatos menos freqüentes e desestabilizadores com a sociedade envolvente, há demandas importantes colocadas na interface entre meio ambiente e saúde para populações indígenas.

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

As prioridades ambientais para uma política de atenção à saúde dos povos indígenas devem contemplar a preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação à distância nas comunidades que não dispõem de água potável; a construção de sistema de esgotamento

sanitário e destinação final do lixo nas comunidades mais populosas; a reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional e o controle de poluição de nascentes e cursos d'água situados acima das terras indígenas.

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

#### **4.9 - CONTROLE SOCIAL**

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

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

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

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

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

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

Todos os povos que habitam o território distrital deverão estar representados entre os usuários e, aos Conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento por intérprete.

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

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

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

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

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

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

## **5- RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS**

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

### **◆ ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL**

- Deverão ser definidos mecanismos de articulações intersetorial que possam fazer frente aos diferentes determinantes envolvidos nos processos de saúde e doença que afetam essas populações.
- O órgão executor das ações de atenção à saúde dos povos indígenas buscará, em conjunto com o órgão indigenista oficial, parcerias para a condução desta política, principalmente no que respeita à alternativas voltadas para a melhoria do nível saúde dos povos indígenas.

### **◆ ARTICULAÇÃO INTRA-SETORIAL**

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

## **5.1- MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Os direitos indígenas têm sede constitucional e são de competência federal, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela gestão e direção da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Conforme determinação do Decreto Nº 3.146, de 27 de agosto de 1999 (Art. 3º), a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA – é o órgão responsável pela execução das ações. As atribuições da FUNASA em articulação com as Secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde, são as seguintes:

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

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

## **5.2- SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE**

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

## **5.3- FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO - FUNAI/MJ**

A Fundação Nacional do Índio - FUNAI é o órgão indigenista oficial, vinculada ao Ministério da Justiça, responsável pela coordenação das ações do governo federal destinadas a assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas no país. Entre suas principais atribuições está a

garantia dos territórios indígenas, por meio de uma política de demarcação, fiscalização e retirada de invasores, ação que assume relevância primordial entre os determinantes de saúde e qualidade de vida destas populações. Os projetos de desenvolvimento sustentável e manejo adequado do meio-ambiente deverão ser priorizados por essa instituição. A FUNAI deve fazer o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em prol das comunidades indígenas.

#### **5.4- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

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

#### **5.5 - MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**

A participação do Ministério Público Federal tem como objetivo a garantia do cumprimento dos preceitos constitucionais assegurados aos povos indígenas no país, que devem obedecer aos princípios da autonomia, equidade e respeito à diversidade cultural em todas as políticas públicas a eles destinadas.

#### **5.6- COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP/CNS**

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

#### **5.7 - COMISSÃO INTERSETORIAL DE SAÚDE INDÍGENA - CISI/CNS**

O funcionamento da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI, órgão assessor do Conselho Nacional de Saúde, com participação de instituições públicas, organizações não-governamentais e organizações representativas dos povos indígenas, tem por finalidade o acompanhamento da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

em nível nacional, recomendando medidas para a sua correta execução. Esta comissão atende às exigências do controle social estabelecidas na Lei 8080/90, devendo ter participação paritária de membros escolhidos pelos povos indígenas e suas organizações representativas.

## 6 - FINANCIAMENTO

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

## 7 - BIBLIOGRAFIA

- Baruzzi, R.G. 1993. Atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. Da criação da FUNAI aos dias atuais. *Boletim da Unidade de Saúde e Meio Ambiente*, nº 4, Dezembro.
- Buchillet, D. 1991. *Medicinas Tradicionais e Políticas de Saúde na Amazônia*. Belém, MPEG/CEJUP.
- Carneiro da Cunha, M. (Org.), 1992. História dos Índios no Brasil. São Paulo, Companhia das Letras.
- Confalonieri, U.E.C. 1989. O Sistema Único de Saúde e as Populações Indígenas: Por uma integração diferenciada. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 5, nº 4, pp. 441/450, Out./Dez.
- Costa, D.C. 1987. Política Indigenista e assistência à saúde. Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, R.J. 4(3):388-401. Out./Dez.
- Fundação Nacional de Saúde/MS. 1998. *Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Gestão, Gerencia e Modelos Organizacionais*. Brasília. 05 a 09/10/98. Relatório Final.
- Fundação Nacional de Saúde/MS. 1998. *Relatório anual de saúde indígena*. Boa Vista, Coordenação Regional de Roraima.
- Fundação Nacional de Saúde/MS. 1998. *Relatório de atividades – Coordenação de Saúde do Índio*. Brasília.
- Fundação Nacional do Índio/MJ, 1999. *Consolidado dos relatórios bimestrais – DES/DAS – Ano de 1998*. Brasília.
- Instituto Socioambiental, 1999. *Cômputo da situação das terras indígenas no Brasil*. São Paulo, ISA, documento de 19/05/1999.
- Mendonça. S. 1998. *Política Indigenista de Saúde*. (Xerox).

- Ministério da Saúde. 1986. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Proteção à saúde dos Povos Indígenas*.
- Ministério da Saúde. 1986. *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde*.
- Ministério da Saúde. 1992. *Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde*.
- Ministério da Saúde. 1993. *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas*.
- Ministério da Saúde. 1996. *Relatório Final da X Conferência Nacional de Saúde*.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. 1999. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Documento Preliminar elaborado por Grupo de Trabalho, criado através da Portaria nº 10, de 30 de março de 1999 (D.O.U. nº 61, de 31/03/1999).
- OIT. 1992. *Convenção (169) sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes e Resolução sobre a ação da OIT concernente aos Povos Indígenas e Tribais*. 1989. Brasília.
- OPAS/OMS. 1992. *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud em la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud*. Washington, D.C. Terceira reimpressão, 1995.
- OPS/OMS. 1993. *Resolução V – Salud de los Pueblos Indígenas*. (Documento CD40/14 e Serie HSS/SILOS - 34).
- OPS/OMS. 1995. *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Plan de acción de la OPS/OMS para el impulso de la iniciativa em la región de las Américas*.
- OPS/OMS. 1998. *Iniciativa de los Pueblos Indígenas. Informe de Progreso. Washington, DC. OPS/División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud*.
- OPS/OMS. 1999. *Sistemas de Salud Tradicionales em América Latina y el Caribe: Información de Base*. Washington, DC. OPS/División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Informe Técnico del Proyecto, financiado por la Oficina de Medicina Alternativa, Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos de América.
- PAHO. 2000. *Strategic Framework and 1999-2002 Action Plan. Health of the Indigenous Peoples Initiative*. March 2000.
- PAHO/WHO/Canadian Society for International Health. 1993. *Los Pueblos Indígenas y Salud. Taller '93. Documento Base*, por Madeleine Dion Stout e Carlos Coloma. Winnipeg, Canada. Abril 13-18.
- Ribeiro, D. 1956. Convívio e contaminação. Efeitos dissociativos da depopulação provocada por epidemias em grupos indígenas. *Sociologia*, XVIII: 3-50.
- Verani, C. B. L. 1999. A Política de Saúde do Índio e a organização dos serviços no Brasil. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi* (no prelo).
- WHO. 1997. *Colaboración dentro del sistema de las Naciones Unidas y com otras organizaciones intergubernamentales. Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo. Informe del Director General*. Em 17/11/1997. (Doc. EB 101/21).