

## Seminário Tendências e desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, 11-14 de agosto de 2002

### Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL	
Data	____/____/____
Cod.	F2D4461

#### 1- Apresentação

O presente documento visa oferecer aos participantes do Seminário uma visão sintética e objetiva do processo de implantação, pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas, iniciada em Agosto de 1999.

#### 2- Antecedentes

O processo de discussão para a definição de uma política específica para atenção à saúde das populações indígenas teve como marco inicial a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada em 1986, integrando a VIII Conferência Nacional de Saúde, sequenciada pela II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, ocorrida em 1993 e vinculada a IX Conferência Nacional de Saúde.

Nesses eventos foi proposto a estruturação de um modelo de atenção à saúde diferenciado, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs-, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades sentidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações. O modelo deveria, necessariamente, levar em consideração as especificidades culturais e epidemiológicas desses povos e desenvolver o uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais e convencionais de organização de serviços de saúde.

Para tanto propunha-se a criação de uma rede de serviços de saúde nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população, adotando medidas que tornassem factível e eficaz a aplicação de princípios e diretrizes de descentralização, universalidade, equidade e controle social.

Essa discussão foi progressivamente ampliada envolvendo participantes do chamado "movimento de saúde indígena", como: lideranças indígenas, organizações não-governamentais, sanitaristas, antropólogos, indigenistas e universidades, bem como

diversos setores governamentais: Fundação Nacional do Índio – FUNAI – e algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Em 1988 a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e o respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena.

No início de 1991, por intermédio de Decreto Presidencial nº 23, foi transferida para o Ministério da Saúde a responsabilidade sobre as ações de saúde para os povos indígenas. Nesse mesmo ano o Conselho Nacional de Saúde instituiu a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), com função de assessorá-lo no acompanhamento da política governamental no campo da saúde indígena.

Na contra-mão desse processo, em 1994, o Decreto Presidencial nº 1.141 constituiu a Comissão Intersetorial de Saúde (CIS) e, na prática, devolveu ao Ministério da Justiça/FUNAI a coordenação das ações de saúde. A partir daí o Ministério da Saúde/FUNASA e o Ministério da Justiça/FUNAI passaram a dividir a responsabilidade sobre a saúde indígena, executando, cada um, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa.

No final de 1998, diante da situação precária de atenção à saúde dos índios, o Ministério da Saúde/FUNASA abriu uma discussão interna, no âmbito do Governo, visando assumir completamente esta responsabilidade.

Além disso, abriu um processo público de discussão sobre o assunto, com a realização de 16 grandes seminários regionais, com ampla participação de lideranças indígenas e de seus aliados, onde apresentou uma proposta concreta de Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Essas reuniões expressaram com nitidez a necessidade de reformulação da atenção à saúde indígena e enriqueceram a proposta formulada pelo Ministério da Saúde/FUNASA, fortalecendo, ainda, as bases políticas para a decisão governamental (ocorrida em agosto de 1999) de transferir definitivamente para o Ministério da Saúde/FUNASA a completa responsabilidade pela atenção à saúde dos índios.

### **3- Caracterização dos Usuários**

No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do século XVI, comparável à da Europa naquela 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 de seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização.

A perda da auto-estima, a desestruturação social, econômica e de valores coletivos também tiveram um papel importante na diminuição da população indígena.

Até hoje há situações regionais de conflito, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento

Os povos indígenas no Brasil compõem um mosaico extremamente diversificado não somente do ponto de vista étnico e lingüístico, mas também pelas suas formas de organização social, de expressões culturais e de vida produtiva, de localização geográfica, de história do contato e grau de interação com a sociedade nacional.

Até agosto de 2002, foram registradas 374.123 pessoas no Cadastro das Famílias Indígenas – CAFI, do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena - SIASI. Elas correspondem a 291 etnônimos cadastrados pelo mesmo sistema e falam 180 línguas, pertencentes a 35 famílias lingüísticas. A maior parte dessa população mora nas suas próprias terras, em mais de 3.000 aldeias. No último Censo Demográfico Brasileiro mais de 700.000 pessoas identificaram-se como índios, o que reforça as constatações de ordem prática sobre a existência de um contingente populacional significativo residente em áreas urbanas.

Assim, entre os grupos cadastrados há os que estão em contato há mais de trezentos anos e os que têm apenas algumas décadas de contato.

Há indícios, inclusive, da existência de 38 grupos que permanecem isolados, sendo que, com 6 deles, a FUNAI vem desenvolvendo algum tipo de trabalho de reconhecimento, proteção e regularização fundiária.

Há os que residem no interior de suas terras, em áreas cujo acesso para fins da prestação de serviços exige transporte aéreo ou viagens de vários dias e até semanas de navegação fluvial sujeita a restrições sazonais e, em muitos casos, a transposição de obstáculos naturais, às vezes em número impressionante, que representam alto risco para as pessoas e para os equipamentos. Nas áreas em que o acesso é rodoviário, enfrenta-se o problema recorrente das estradas em péssimas condições de conservação. Essas dificuldades adquirem uma importante dimensão, em razão da alta dispersão da grande maioria dos assentamentos indígenas.

Para se ter uma idéia, o Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami presta atenção aos 13.403 yanomami residentes no território brasileiro, falantes de 4 línguas,

adscritos a um total de 249 aldeias, distribuídas numa extensão de 9.419.108 ha, localizados nos estados do Amazonas e Roraima.

Para atingir os 32 Pólos Base, estrutura de onde se irradiam as ações, são necessários deslocamentos aéreos, fluviais e terrestres. Os trechos aéreos demandam entre 50 minutos a 2 horas e meia de voo em monomotor. Os trechos por via fluvial, nas piores épocas demandam até 14 dias de navegação.

Mas há também os grupos ou as famílias indígenas que moram em periferias ou em bairros de grandes cidades. Em alguns desses casos, tratam-se de antigas aldeias em cujo redor cresceu a ocupação das terras indígenas até se formarem cidades. Em outros casos tratam-se de aglomerados de indígenas que migraram para as cidades, à procura de melhores condições de vida. Os acessos e os procedimentos na atenção, na maioria destes casos, são os disponibilizados para a população em geral.

Entre os cadastrados, há povos que se mantêm praticamente monolíngües ou que contam com muito poucos falantes de português. Por outro lado existem os que perderam sua língua original e só falam hoje a língua nacional. Há os que incorporaram a experiência da escrita e a escolarização, no melhor dos casos bilíngüe-bicultural (há décadas) e os que se mantêm na cultura da pura oralidade.

Há desde os que mantêm as suas formas políticas tradicionais, aos que se engajaram em novas formas de organização política com articulações centralizadas de coordenação de âmbito regional e inclusive internacional. Mas há também os que não superaram a desagregação provocada pelo contato e os que, provavelmente, nunca tiveram ou aceitaram nenhum tipo de centralização do poder.

Existem os que hoje contam com uma razoável experiência de administração de projetos sociais e econômicos em parcerias com instituições governamentais e não-governamentais, inclusive de âmbito internacional, mas há também os que continuam praticando somente a vida produtiva tradicional e até os que reivindicam e/ou defendem a continuidade de ações tutelares de governo na modalidade pré-Constituição de 1998.

As regiões Nordeste, Sudeste e Sul do país, foram as primeiras, nessa ordem, a serem ocupadas pelos colonizadores europeus e, portanto, as que passaram por um processo predatório mais intenso. Os povos indígenas existentes nessas regiões sofreram uma pressão de transformação igualmente intenso, que em muitos casos tornou-se evidente pela perda ou redução dos territórios e da língua original, ou pela adoção de costumes comuns entre os brasileiros do meio rural, seja pela tendência a um fenótipo mestiço com acentuação dos traços de origem africana e/ou européia. Nas regiões Norte e Centro-Oeste, pelo contrário, na maioria dos casos, o contato dos povos indígenas com os

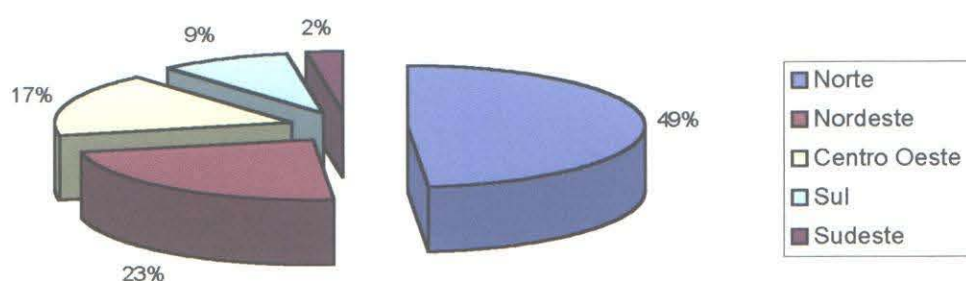
demais setores da sociedade nacional ocorreu ou tornou-se mais intenso nos últimos cem anos e em um número importante de casos dos últimos 50 anos.

No entanto há povos, como os Maxakali, do interior de Minas Gerais, região Sudeste, em região não muito distante dos grandes centros urbanos do Sul, que embora com mais de 200 anos de contato, apresentam uma resistência cultural impressionante, mantendo-se praticamente monolíngües e com ideologia e comportamento característicos de povos caçadores/coletores. Eles habitam em meio a uma paisagem, de antiga Mata Atlântica, hoje totalmente devastada e tomada pela pecuária; praticam uma agricultura muito incipiente e continuam a perambular regularmente pela região que sempre percorreram do nordeste de Minas Gerais, hoje ocupada por cidades de pequeno, médio e grande porte, onde não mais é possível a caça e a coleta, mas a venda de seu artesanato e a procura de pequenas compensações aleatórias.

Os povos indígenas estão presentes em todos os Estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 579 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 12% do território nacional.

A maior extensão de terras indígenas encontra-se nas regiões Norte e Centro-Oeste do país (mais de 98%). Nelas habitam mais de 65% da população cadastrada. No entanto, os povos indígenas distribuem-se por todo o Brasil, sendo que uma parcela importante, de quase 35%, vive dispersa pelas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, em menos de 2% das terras indígenas. É essa parcela a que, em geral, enfrenta as piores situações de escassez de alimentos e de outros recursos

**GRÁFICO I**  
**Demonstrativo da dispersão da população indígena brasileira por macro-regiões**



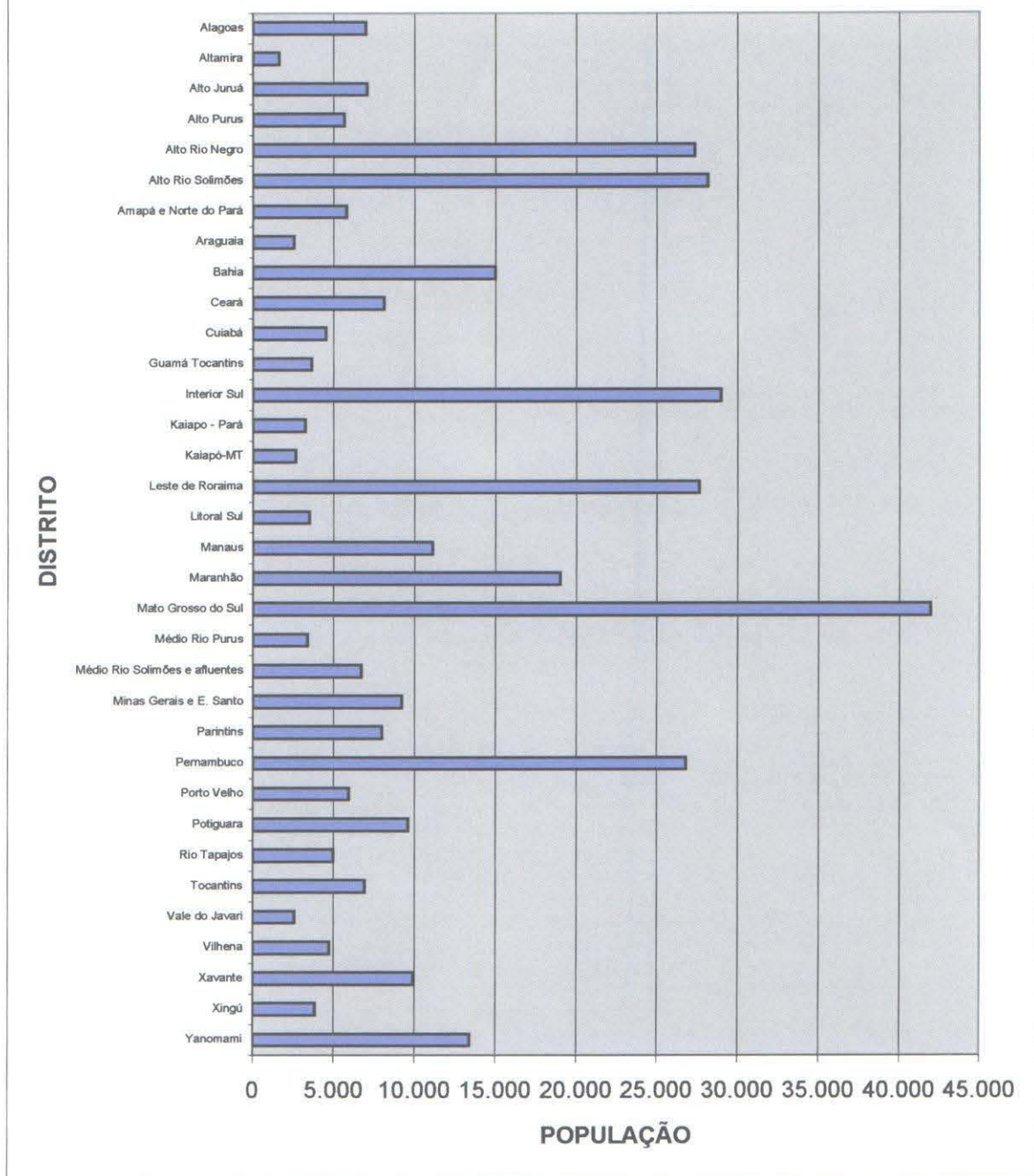
**TABELA I**  
**Distribuição de etnias, aldeias e população por Distrito**

DSEI	NÚMERO DE ETNIAS	NÚMERO DE ALDEIAS	NÚMERO DE ÍNDIOS
Alagoas	12	33	6.997
Altamira	11	12	1.677
Alto Juruá	11	78	7068
Alto Rio Negro	37	501	27.372
Alto Purus	8	83	5.644
Alto Rio Solimões	4	157	28.190
Amapá e Norte do Pará	9	85	5.821
Araguaia	6	16	2.535
Bahia	12	45	14.988
Ceará	4	47	8.119
Cuiabá	15	66	4.521
Guamá Tocantins	17	35	3.693
Interior Sul	12	130	28.995
Kaiapó-MT	4	12	2.948
Kaiapo - Pará	1	25	3.263
Leste de Roraima	11	232	29.910
Litoral Sul	10	57	3.500
Manaus	15	97	11.108
Maranhão	9	211	19.021
Mato Grosso do Sul	13	58	42.098
Médio Rio Purus	9	56	3.380
Médio Rio Solimões e afluentes	9	79	6.710

Minas Gerais e E. Santo	9	43	9.212
Parintins	7	79	7.984
Pernambuco	10	158	27.038
Porto Velho	40	76	6.041
Potiguara	1	34	9.701
Rio Tapajos	5	86	4.985
Tocantins	14	76	6.945
Vale do Javari	5	20	2.585
Vilhena	31	130	4.784
Xavante	1	109	9.910
Xingú	23	50	3.982
Yanomami	4	249	13.398
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>389</b>	<b>3225</b>	<b>374.123</b>

O Quadro acima demonstra a composição étnica, o número de aldeias e a população dos diversos distritos, cadastrados pelo SIASI até agosto de 2.002. Os etnônimos contabilizados são os que foram cadastradas no DSEI, podendo haver sobreposições em outros distritos. O total, portanto, é superior ao número de etnias existentes no Brasil.

## GRÁFICO II - DEMONSTRATIVO DA DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO INDÍGENA BRASILEIRA POR DISTRITO



Ainda que numericamente constituam uma parcela de somente 0,2% da população brasileira, em algumas regiões a presença indígena é significativa. No Estado de Roraima, por exemplo, representa cerca de 12%, no Amazonas 3,4% e no Mato Grosso do Sul 2% da população total do estado.

Essa grande diversidade expressa-se ainda em múltiplas formas de viver, de entender e de se relacionar com os diversos fenômenos que compõem o processo saúde-



doença. Perfis epidemiológicos diferentes podem ser condicionados pela implantação em ambientes ecológicos diferentes, mas também pelas diferenças sócio-culturais que são constatadas entre povos diferentes que partilham uma mesma área ecológica. A determinação de prestar serviços de saúde que atendam às características e necessidades sentidas de cada povo constitui um gigantesco desafio.

Há um longo caminho a ser percorrido no que concerne ao fomento a pesquisas e ao desenvolvimento de mecanismos que facilitem o aproveitamento e ampliação de conhecimentos e competências técnicas (nos campos da epidemiologia, da etnologia e da sócio-antropologia da saúde brasileiras, por exemplo) visando subsidiar o incremento de qualidade e humanização nos serviços prestados.

#### **4- Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**

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

Sua base jurídica está alicerçada na Lei n. 8.080, de 19/09/90, que estabeleceu o Sistema Único de Saúde; na Medida Provisória n. 1.911-8, de 27/08/99, que transferiu as responsabilidades pela saúde indígena para o Ministério da Saúde; na Lei n. 9.836, de 23/09/99, que incluiu um capítulo específico sobre saúde indígena na Lei n. 8.080 e no Decreto n. 3.156, de 27/08/99, que dispõe sobre as responsabilidades do Ministério da Saúde.

Para sua elaboração contou-se com a participação de representantes de órgãos governamentais responsáveis pelas políticas de Estado tanto no campo da saúde quanto da ação indigenista, de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo da atenção e da formação de recursos humanos para a saúde dos povos indígenas. Houve, ainda, uma efetiva participação de representantes de organizações indígenas.

O principal diploma legal da nova política, é a Lei N° 9.836, de 23 de setembro de 1999, mediante a qual foi instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, no seio do Sistema Único de Saúde - SUS-, cujo gestor nacional é o Ministério da Saúde.

O corpo dessa lei constitui uma alteração da Lei N° 8.080 de 19 de setembro de 1990 que regulamenta o SUS. Nela se define a responsabilidade da União pelo seu financiamento, com abertura para aportes complementares da parte de Estados e Municípios. A abordagem diferenciada, considerando-se a realidade local e as

especificidades culturais, é consagrada como obrigatória, tanto quanto a abordagem global, contemplando aspectos de assistência, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

A lei prevê a possibilidade de adaptações na estrutura e funcionamento do SUS para viabilizar o atendimento necessário, "sem discriminações". O acesso deve ser garantido em todos os níveis de complexidade da atenção.

O direito à participação dos índios em todas as fases e instâncias de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde a níveis nacional (Conselho Nacional de Saúde), estadual e municipal (conselhos estaduais e municipais de saúde) é reconhecido.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas foi discutida e aprovada na 114ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde, de 8 de novembro de 2001, e aprovada pelo Ministro da Saúde mediante a Portaria n. 254, de 31 de janeiro de 2002. Para o alcance de seus objetivos foram estabelecidas as seguintes diretrizes, com o propósito de orientar a definição de instrumentos de planejamento, implementação, avaliação e controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas:

- Organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Pólos base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam;
- Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural;
- Monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas;
- Articulação com os sistemas tradicionais indígenas de saúde;
- Promoção do uso adequado e racional de medicamentos;
- Promoção de ações específicas em situações especiais;
- Promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas;
- Promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena;
- Controle social.

O processo de implantação da nova política iniciou-se no segundo semestre de 1999, à luz das premissas assim estabelecidas, com a instalação e entrada em

funcionamento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, considerados a base do novo sistema.

## **5- Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEIs**

### **5.1- O conceito**

O Distrito Sanitário Especial Indígena, enquanto modelo de organização de serviços, é um tipo de Sistema Local de Saúde. Ele configura um espaço de atenção à saúde sob responsabilidade do gestor federal da saúde, com uma delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etnoculturais, o acesso dos usuários indígenas aos serviços nos três níveis de complexidade (o da atenção básica nos próprios territórios indígenas) e conta com uma rede instalada, interiorizada, hierarquizada de serviços, com níveis adequados de resolutividade, com um sistema específico de informações e de avaliação em saúde.

O Chefe do Distrito representa o gestor federal, sendo claramente reconhecível e facilmente acessível para os usuários indígenas e para os demais responsáveis e prestadores de serviços de saúde. Nesta condição ele é o responsável pela articulação das ações em âmbito intra e interinstitucional nas esferas dos governos estaduais e municipais, bem como junto aos setores organizados da sociedade civil, particularmente às organizações e lideranças indígenas .

Entre suas atribuições principais incluem-se a condução da elaboração participativa, junto ao Conselho Distrital, do planejamento das ações, na forma de Planos Distritais de Saúde.

Outras atividades são a coordenação, acompanhamento e supervisão da execução das ações, a articulação com o Departamento de Saúde Indígena e instituições regionais e organização do sistema de referência e contra-referência para atenção de média e alta complexidade e fluxo de informações em saúde.

### **5.2- Distritalização**

Para a definição das áreas de abrangências dos distritos foram considerados critérios sócio-culturais, demográficos, geográficos e de acesso. Assim, pensou-se nas relações de parentesco, de aliança política, ou de afinidade cultural entre os grupos, na existência de complexos multiétnicos (como os distritos do Xingu e do rio Negro) ou, pelo contrário, na relativa separação de alguns grupos (como nos distritos Xavante e Potiguará),

na existência de hostilidades, inimizade ou incompatibilidade de interesses entre povos ou entre facções (o que levou a ter dois Distritos Kaiapó, por exemplo).

Priorizou-se a distribuição histórica das terras indígenas e não necessariamente a divisão política oficial do território brasileiro em unidades federativas.

O perfil epidemiológico foi postulado como importante, mas sendo ainda pouco conhecido predominaram, na prática, outros critérios, inclusive os relativos à eficácia administrativa, determinando uma limitação do número dos distritos. Considerou-se, a partir da experiência da administração pública federal, que para um gerenciamento com um bom nível de negociação entre os níveis central e local não se deveria ultrapassar um número em torno de 30 distritos.

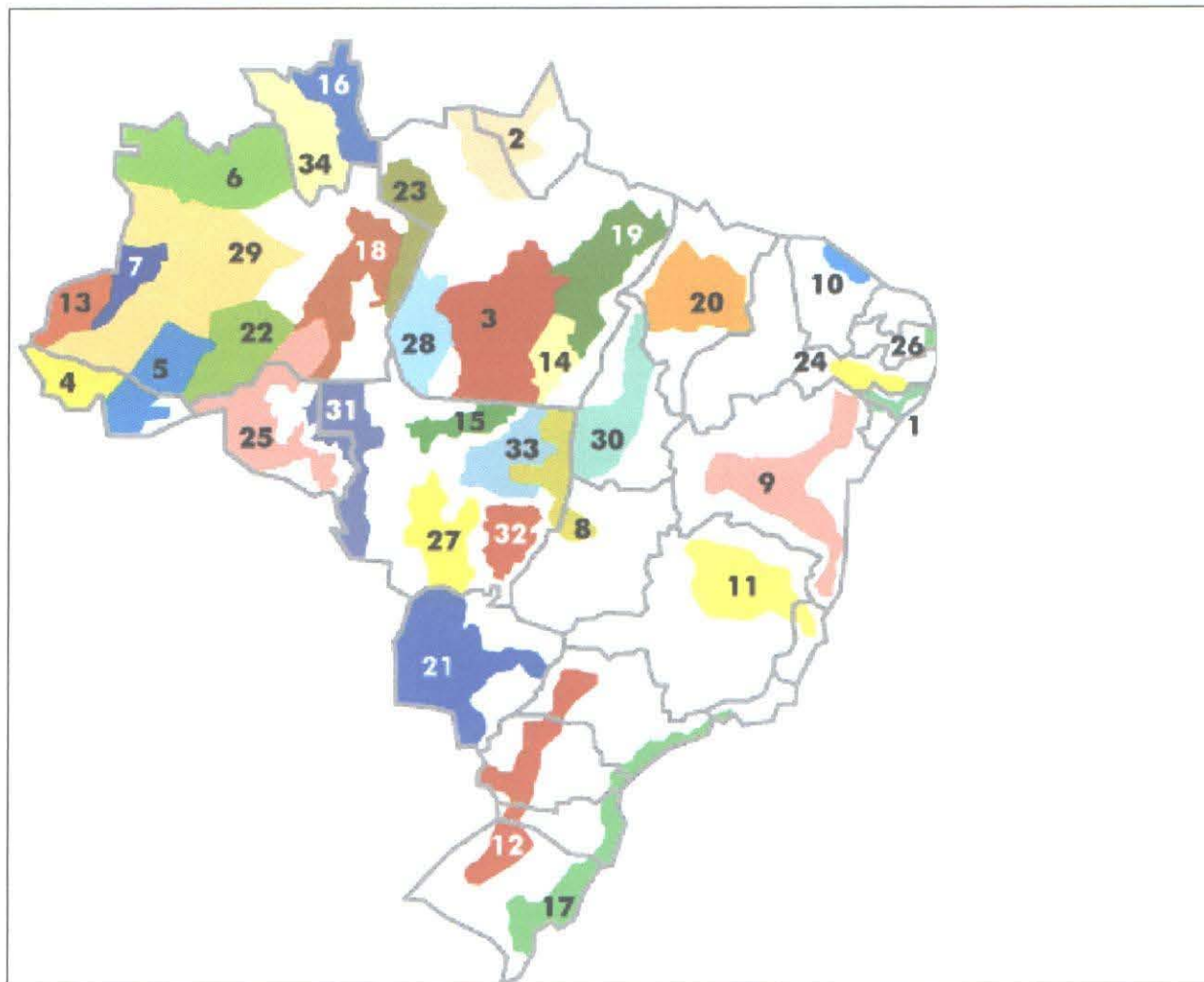
Considerou-se também a perspectiva mais ampla da regionalização administrativa presente ou potencial do órgão indigenista e teve-se a cautela de tentar evitar a confusão entre os índios, quanto aonde recorrer para a solução de seus problemas.

A extensão territorial de alguns distritos é muito grande e implica notável complexidade administrativa, como o de Litoral Sul, que se estende por cinco unidades federadas (Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul). A razão para sua configuração é o acompanhamento da distribuição real de um importante número de comunidades Guarani que mantêm uma grande mobilidade ao longo desses estados

Também no caso do Distrito Especial Indígena Yanomami, uma possível maior facilidade administrativa é sacrificada em função do destaque dado à unidade étnica dos usuários. Os Yanomami se distribuem por uma grande superfície que faz parte dos estados de Amazonas e Roraima, muitas de suas aldeias ficam em áreas de difícil acesso.

Figura I

Mapa do Brasil com Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas

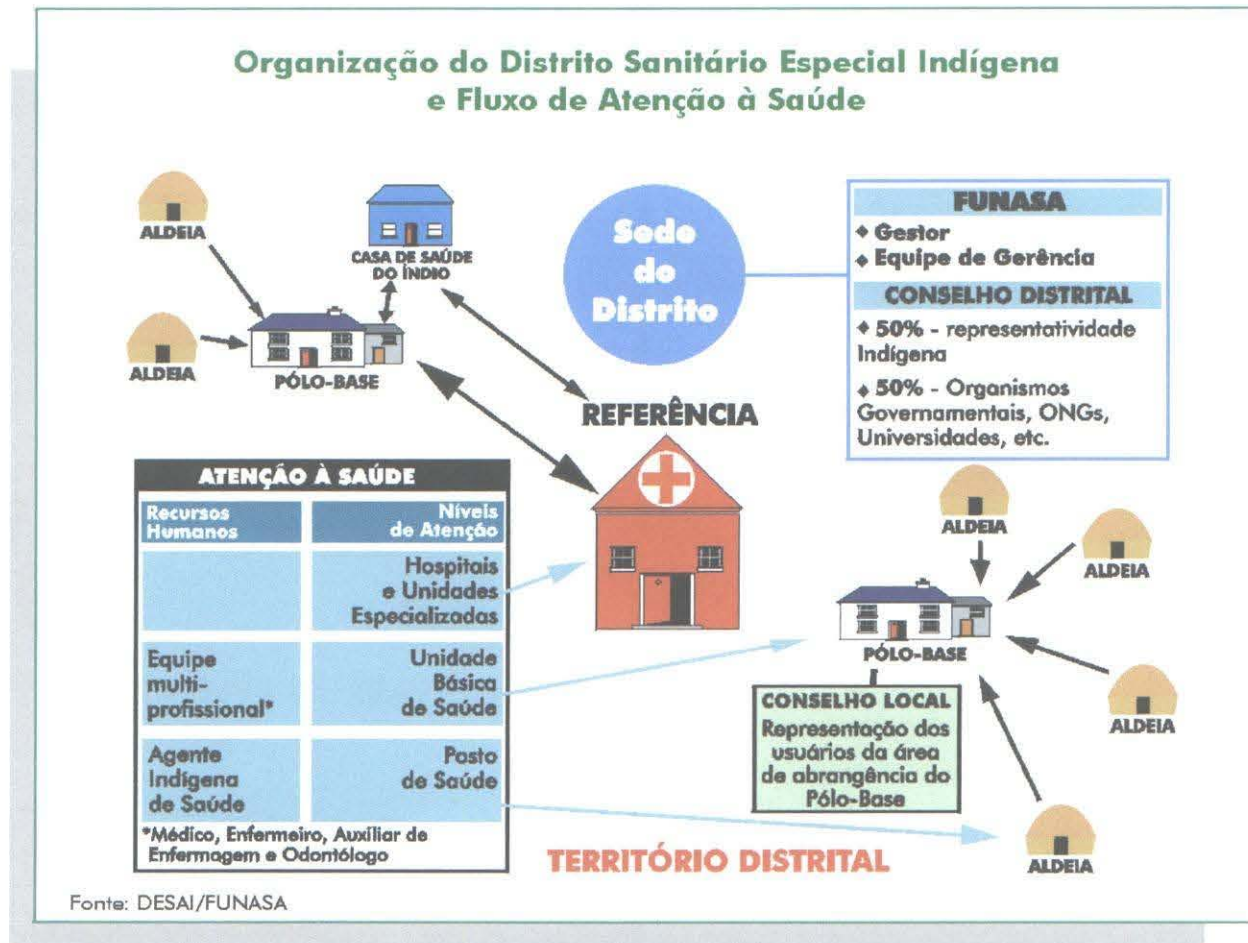


1 - Alagoas e Sergipe - AL/SE	12- Interior Sul SP/PR/SC/RS	24- Pernambuco - PE
2 - Amapá e Norte do Pará - AP/PA	13- Vale do Javari - AM	25- Porto Velho - RO/AM
3 - Altamira - PA	14- Kayapó - PA	26- Potiguara - PB
4 - Alto Rio Juruá - AC	15- Kayapó - MT	27- Cuiabá - MT
5 - Alto Rio Purus - AC/AM	16- Leste de Roraima - RR	28- Rio Tapajós - PA
6 - Alto Rio Negro - AM	RJ/SP/PR/SC/RS	29- Médio Rio Solimões e Afluentes - AM
7 - Alto Rio Solimões - AM	17- Litoral Sul -	30- Tocantins - TO
8 - Araguaia - GO/MT	18- Manaus - AM	31- Vilhena - RO/MT
9 - Bahia - BA	19- Guamá-Tocantins - PA	32- Xavante - MT
10- Ceará - CE	20- Maranhão - MA	33- Parque Indígena do Xingu - MT
11- Minas Gerais e Espírito Santo - MG/ES	21- Mato Grosso do Sul - MS	34- Yanomami- RR/AM
	22- Médio Rio Purus - AM	
	23- Parintins - AM/PA	

### 5.3- A rede de serviços

Cada distrito conta com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica, cuja porta de entrada começa nas aldeias (terras indígenas), organiza-se de forma hierárquica com complexidade crescente e articula-se com a rede urbana de serviços de maior complexidade do Sistema Único de Saúde.

Figura II



Fonte: DESAI/FUNASA

Essa rede inclui equipes de profissionais compostas, basicamente, por médico, dentista, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saneamento e de saúde, ficando a cargo destes últimos a entrada dos usuários ao sistema.

Conta-se também com participação de outros profissionais como antropólogos, educadores, engenheiros e outros especialistas e técnicos, alguns vinculados ao nível central ou às Coordenações Regionais da FUNASA; outros contribuem na qualidade de colaboradores externos e atuam de forma pontual.

Foi realizado um enorme esforço no sentido de constituir uma infra-estrutura física em quantidade e localização estratégica. A construção da rede de serviços levou em conta

as estruturas de saúde já existente nas terras indígenas, disponibilizando ao longo de cada ponto estratégico equipamentos básicos para a atenção primária e ambulatorial, tais como, rede de frio, comunicação e transporte terrestre e fluvial. Para o transporte aéreo, essencial para a cobertura de um número importante de lugares, com acesso extremamente difícil, recorre-se, a contratos com empresas privadas

As Tabelas II e III descrevem o volume de contratação de recursos humanos, execução de obras e aquisição de equipamentos realizado pela FUNASA nos últimos três anos, visando estabelecer a estrutura física necessária à execução das ações de saúde indígena.

**Tabela II**  
**Demonstrativo de recursos humanos contratados**

<b>PROFISSIONAIS</b>	<b>CONTRATADO</b>
Médico	280
Enfermeiro	412
Dentista	245
Aux. Enfermagem	1.322
Agentes Indígenas de Saúde	2.434
Agentes Indígenas de Saneamento	402
Outros	1.122
<b>TOTAL</b>	<b>6.217</b>

Fonte DESAI/FUNASA

**Tabela N° III**  
**Demonstrativo de investimentos em rede física de 2000 a 2002**

<b>UNIDADE DE SAÚDE</b>	<b>2000 a 2002</b>	
	construído	reformado
Posto de Saúde	390	357
Pólo Base	70	112
Casa do Índio	9	34
<b>SUBTOTAL</b>	<b>469</b>	<b>503</b>
<b>EQUIPAMENTOS</b>	<b>ADQUIRIDOS 2000 a 2002</b>	
Veículos terrestres	708	
Veículos fluviais	574	
Radiofonias	1.466	
Computadores	579	

Fonte DESAI/FUNASA

Esquemáticamente, a rede de serviços de saúde é composta de quatro tipos de Unidade, a saber:

### **5.3.1- Posto de Saúde:**

Estrutura física simplificada, localizada exclusivamente em Aldeias, e servem de espaço para o trabalho permanente do Agente Indígena de Saúde e de suporte as Equipes Multidisciplinares, quando de suas visitas. Eventualmente essa unidade adquire uma característica mais diferenciada, contando com presença permanente de Auxiliar de Enfermagem.

### **5.3.2- Pólos Base**

São os centros de localização e de apoio à atuação das equipes multidisciplinares de saúde indígena compostas cada uma por médicos, enfermeiros, odontólogos e auxiliares de enfermagem. Essas unidades polarizam uma micro-região, prestando assistência às Aldeias sob sua responsabilidade, acompanhando, supervisionando e capacitando os Agentes Indígenas de Saúde e providenciando a remoção de casos mais graves.

De maneira geral estão instalados em Aldeias embora, eventualmente, possam estar localizados em sedes de municípios de referência. Neste caso, a estrutura física é de apoio técnico administrativo à equipe multidisciplinar, não executando atividades de assistência à saúde.

### **5.3.3- Casas de Saúde do Índio**

São estabelecimentos de apoio localizados em municípios de referência, inclusive nas capitais dos Estados. Sua atribuição é receber e apoiar os índios que vêm referenciados de sua aldeia para receberem assistência de média e alta complexidade na rede do SUS. As principais atividades que nelas se desenvolvem são:

- Recepção e apoio de pacientes e acompanhantes encaminhados;
- Estabelecimento dos mecanismos de referência e contra referência com a rede do SUS;
- Assistência de enfermagem aos pacientes em fase de recuperação;
- Acompanhamento de pacientes para consultas, exames e internações hospitalares;
- Alojamento e alimentação de pacientes e acompanhantes durante o tratamento



### 5.3.4- Rede de Referência do Sistema Único de Saúde

Todas as necessidades especializadas de média e alta complexidade são referidas para unidades de saúde do SUS, responsável pelo suporte às ações básicas de saúde nas áreas indígenas. Há um elenco de unidades credenciadas, com financiamento diferenciado, levando em consideração a especificidade étnico-cultural destes povos.

## 6- Monitoramento das ações de saúde

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do DSEI, está sendo implementando o Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena - SIASI, na perspectiva de Vigilância em Saúde.

Esse sistema coleta informações que visam atender às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que permitem avaliar as condições de saúde e que, indiretamente, permitem avaliar a qualidade da atenção prestada, particularmente no que diz respeito ao acesso ao Sistema, à cobertura e à sua efetividade.

Essas informações permitirão identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes do nível de saúde, estabelecer as ações prioritárias, as formas de alocação e distribuição de recursos e facilitar a participação das comunidades indígenas no planejamento e na avaliação das ações.

Trata-se de um sistema que identifica nominalmente cada índio independente da sua mobilidade espacial. Assim, mesmo aqueles índios com alto nível de migração, poderão ter um acompanhamento médico-assistencial através do acesso ao seu prontuário e de informações relativas à sua saúde disponibilizadas e alimentadas em tempo real.

O sistema é composto dos seguintes módulos: Cadastro da Família Indígena; Morbidade; Mortalidade; Imunização; Saúde Bucal; Saúde da mulher; Saúde da Criança; Recursos Humanos e Saneamento.

O Módulo Cadastro da Família Indígena já está em operação. Os módulos de Morbidade, Imunização e Saneamento, estão em fase final de implantação, com início de operação prevista para o mês de agosto/ 2002. Os demais módulos estão em fase de desenvolvimento e a eles poderão ser agregados novos módulos de acordo com as necessidades identificadas. A produção do sistema segue o padrão adotado pelo Ministério da Saúde, permitindo a integração futura dos diversos sistemas.

Visando superar as graves dificuldades constatadas no processo de implantação do SIASI, devidos à precariedade da infraestrutura de comunicação telefônica na Amazônia,

desde abril de 2002 a FUNASA iniciou a instalação de antenas parabólicas para a transmissão de dados via satélite em 15 distritos.

## **7- Capacitação de Recursos Humanos**

A FUNASA, está desenvolvendo uma política de recursos humanos com uma abordagem integral da saúde respeitando as especificidades étnicas e culturais.

A programação é estabelecida de acordo com as necessidades identificadas. Para o ano de 2002 a FUNASA está capacitando técnicos no controle das doenças prevalentes da infância e abordagem sindrômica para o controle das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, seguindo uma programação pré-estabelecida pelo Ministério da Saúde

Em nível auxiliar, a formação dos Agentes Indígenas de Saúde e Agentes Indígenas de Saneamento são estratégias que visam somar os conhecimentos da prática de saúde baseada na medicina ocidental aos conhecimentos próprios baseados na medicina tradicional indígena, otimizando os seus resultados.

O conteúdo dos cursos de capacitação integra as áreas técnicas, pedagógica e política, no sentido de valorizar um processo de aprendizado mais amplo, respeitando a cultura dos diferentes povos indígenas e as diferentes realidades epidemiológicas, articulando as áreas de antropologia, ética, habilidades de leitura, escrita e operações matemáticas. Está estruturado de maneira a abordar um núcleo comum, pertinente à situação de saúde da maioria dos povos indígenas e um núcleo específico, que é trabalhado de acordo com as especificidades de cada distrito.

Até o presente momento, já foram capacitados 10.471 profissionais, sendo 3.517 em 2000, 4.014 em 2001 e 2.940 até maio de 2002 (inclusive agentes indígenas de saúde), sem considerar a capacitação de conselheiros. Esses números são representativos quando analisados diante do universo de 6.217 profissionais contratados.

## **8- Promoção de ambientes saudáveis**

A promoção de ambientes saudáveis é uma prioridade institucional. O equilíbrio das condições ambientais nas terras indígenas é um fator de crescente importância para o Sistema de Atenção à Saúde Indígena.

A ocupação do entorno das terras indígenas e a sua intermitente invasão por terceiros, com desmatamento, queimadas, assoreamento e poluição dos rios, têm afetado a disponibilidade de água limpa e de animais silvestres que compunham a alimentação tradicional nas aldeias.

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 ações de saneamento desenvolvidas pelos DSEI levam em consideração critérios epidemiológicos e visam levar às áreas indígenas os serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta do lixo. Para contribuir com essa prática e reverter a situação, estamos investindo nos Agentes Indígenas de Saneamento, que são selecionados por suas comunidades e devidamente capacitados para a execução e manutenção dos serviços implantados.

Já foram capacitados 402 agentes indígenas de saneamento que estão atuando nas suas próprias aldeias, desenvolvendo ações educativas e reparos emergenciais em pequenos sistemas de abastecimento e esgotamento sanitário construídos nas áreas indígenas.

As ações de saneamento executadas pela FUNASA já beneficiam mais de 200.000 índios com abastecimento d'água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias em geral.

**Tabela IV**

**Demonstrativo das ações de saneamento e população beneficiada**

ANO	ALDEIAS ATINGIDAS	POPULAÇÃO BENEFICIADA
1999	160	36.250
2000	319	47.227
2001	863	100.695
2002 (previsão)	700	115.127

**9- Articulação com os sistemas de saúde tradicionais indígenas**

A atual política de atenção à saúde aos povos indígenas determina o respeito e a valorização dos saberes, atitudes, práticas e dos especialistas das medicinas tradicionais indígenas. Os cursos de preparação destinados aos membros das equipes médicas incluem módulos de antropologia, para os quais se tem procurado, quando possível, contar com assessorias pontuais de antropólogos especialistas. O programa de formação dos Agentes

Indígenas de Saúde também prevê conteúdos visando favorecer uma atuação complementar e não substitutiva das práticas próprias de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Um dos objetivos do esquema de incentivos financeiros às unidades do SUS cadastradas como referências para atenção de média e alta complexidade é facilitar a sua adequação às necessidades culturais dos índios, como acompanhamento por parentes, preferências ou resguardos alimentares e, eventualmente, práticas de cura tradicional.

Busca-se dessa forma a articulação dos serviços com os aportes tradicionais visando à melhoria do estado de saúde dos Povos Indígenas.

## **10- Controle Social**

Todo o processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas está fortemente calcado na participação dos próprios índios, representados pelas suas Lideranças e Organizações nos Conselhos de Saúde (Locais e Distritais).

Os Conselhos Locais de Saúde Indígena são formados por representantes das diferentes localidades que compõem os pólos base, escolhidos pelas próprias comunidades. Sua principal atribuição é identificar as necessidades locais em relação aos agravos de saúde que os acometem.

Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena têm como atribuição fundamental participar da elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde, do acompanhamento e avaliação de sua execução e da aplicação dos recursos. São formados paritariamente por representantes indígenas, que detêm 50% dos assentos, complementado por representantes de órgãos de Governo, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços de saúde, que ocupam os lugares restantes.

Os conselheiros tem participado efetivamente no planejamento das ações de saúde desde a sua fase inicial através da identificação dos problemas de saúde, identificação das causas e elaboração da proposta de atuação. Essa proposta, após a sua aprovação, passa a ser acompanhada pelos conselheiros que, além de aprovarem e acompanharem a sua execução, também são responsáveis pela aprovação da prestação de contas ao término do exercício. Esse exercício democrático encontra-se consolidado nos 34 distritos, cabendo a FUNASA a sua operacionalização, inclusive através da capacitação desses conselheiros para o desempenho efetivo do seu papel.

Os últimos três anos representam um período sem paralelo na questão indígena do ponto de vista de criar-se condições, por intermédio da ação de saúde, para que os índios possam se reunir e discutir seus problemas. O espaço de participação criado foi rapidamente capturado pelos índios e ampliado para a discussão mais abrangentes que afetam suas vidas.

Neste período foi criado um sem número destas oportunidades sendo a mais importante a realização da III Conferência Nacional de Saúde Indígena. Nela se reuniram, durante uma semana, 408 representantes indígenas de 113 diferentes etnias que realizaram uma profunda avaliação do processo em curso, elaborando propostas de aperfeiçoamento que vêm sendo incorporadas pela FUNASA.

Em todos os DSEI há um avanço significativo na atuação dos Conselhos, permitindo uma discussão ampla da situação existente, melhor identificação dos problemas, encaminhamento de soluções mais adequadas e a adesão dos beneficiários com conseqüente democratização do Sistema.

## **11- Financiamento**

O financiamento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é realizado usando orçamento próprio da Fundação Nacional de Saúde-FUNASA, bem como do Ministério da Saúde, de onde saem os recursos para os Incentivos para Atenção Básica e Hospitalar.

Esses Incentivos foram instituídos visando criar as condições para a flexibilização e adequação dos serviços da rede pública à realidade sócio-econômica e à cultura dos povos indígenas.

O Incentivo de Atenção Básica é derivado do orçamento do Programa Saúde da Família – PSF- e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Trata-se de um adicional ao piso financeiro para a atenção básica dos municípios com população indígena voltado para a contratação das equipes multidisciplinares de saúde. Com base nesse recurso está se efetivando a contratação de grande parte das equipes de profissionais que desenvolvam ações básicas de saúde.

O Incentivo Hospitalar é destinado às unidades de saúde que servem de referência aos distritos para assistência ambulatorial, hospitalar e apoio diagnóstico. Ambos incentivos são repassados diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e diretamente as contas das unidades hospitalares.

O orçamento da Fundação Nacional de Saúde financia todas as demais ações de saúde realizadas mediante convênios ou de forma direta por seus DSEI, além de todas as atividades de saneamento.

O volume de recursos disponibilizados para esta Política cresceu extraordinariamente nos últimos anos. Evoluiu-se, rapidamente, de um patamar de cerca de R\$ 20.000.000,00, em 1998, para mais de R\$ 200.000.000,00 no presente ano.

A Tabela V demonstra, claramente, a decisão política do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde de alocar recursos consideráveis para a estruturação e manutenção das ações de saúde para os Povos Indígena

Tabela V

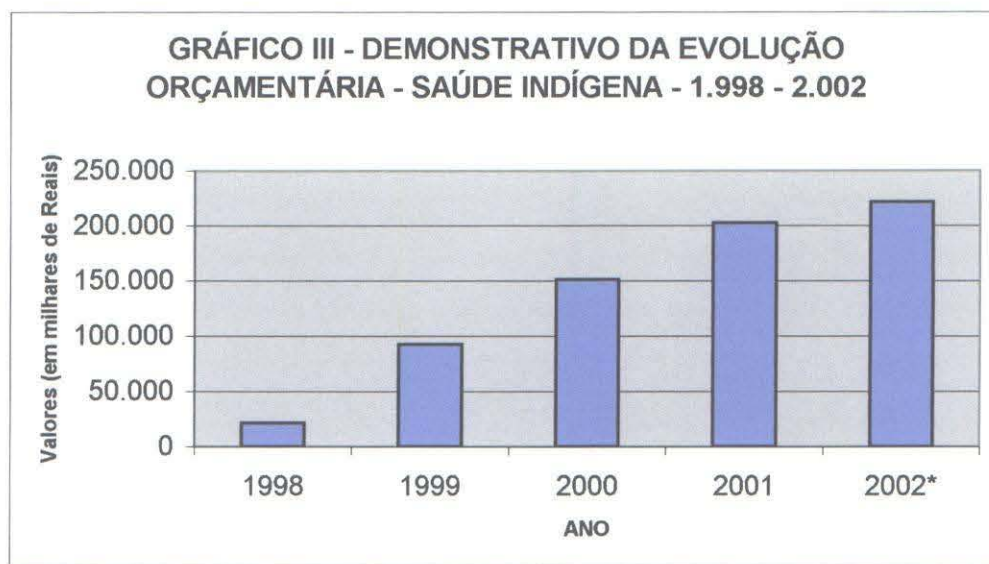
Demonstrativo do investimento realizado na saúde indígena 1998 – 2002

Em milhares de

Reais

Ano	FUNASA				MINISTÉRIO DA SAÚDE		
	CUSTEIO	CAPITAL	SANEAMENTO	VIGISUS	INCENTIVO HOSPITALAR	INCENTIVO DA ATENÇÃO BÁSICA	TOTAL
1998	12.500,00	6.350,00	2.650,00				21.500,00
1999	45.203,00	11.123,00	6.084,00	260,00	3.240,00	26.340,00	92.250,00
2000	87.094,00	10.514,00	9.314,00	2.377,00	9.760,00	31890,00	150.949,00
2001	119.566,00	4.738,00	23.721,00	4.703,00	11.085,00	38.550,00	202.363,00
2002*	115.000,00	9.251,00	32.000,00	9.000,00	12.350,00	43.812,00	221.413,00

Fonte: DESAI/FUNASA



Fonte: DESAI/FUNASA

\* Previsão

## 12- Situação epidemiológica dos povos indígenas

As informações epidemiológicas existentes até 1999 são pontuais, não refletindo historicamente o estado de saúde dos índios. O registro assistemático existente até então, não permite comparações ou projeções com definição de tendências.

A partir de 2000 a FUNASA iniciou o desenvolvimento do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena – SIASI - cujo módulo inicial, Cadastro da Família, já foi implantado, possibilitando um definitivo conhecimento da realidade demográfica da população indígena brasileira.

Os módulos de Morbidade, Imunização e Saneamento, após a superação de entraves técnicos, tecnológicos e submetidos a uma ampla discussão estão em fase final de implantação.

Nos dados de 2001 a serem analisados são discriminados os principais agravos atendidos nas aldeias e pólos-base, consolidados mensalmente na sede de cada distrito. Também são relacionados os óbitos ocorridos por faixa etária e causa.

Os dados de morbididade dizem respeito ao registro de atendimentos diários nas unidades ambulatoriais localizadas nas aldeias, ou notificados através de um dos integrantes das equipes multidisciplinar, inclusive do Agente Indígena de Saúde. Estão, portanto, excluídos, os casos de internação hospitalar. É importante ressaltar que uma mesma doença pode ter incidido mais de uma vez em uma mesma pessoa no período. Esses dados não se prestam, por conseguinte, para estudos de incidência e prevalência de agravos, mas são úteis na organização de serviços.

### **12.1- Morbidade**

Os quadros de morbididade indígena apresentados a seguir consolidam os diagnósticos realizados pelas equipes multidisciplinares, cujas atividades são desenvolvidas nas aldeias em regime de atendimento ambulatorial ou das visitas domiciliares. Em 2001 foram realizados 244.512 atendimentos médicos, 1.196.881 atendimentos de enfermagem, 281.815 atendimentos odontológicos e 645.530 atendimentos do AIS, que resultaram no disposto no quadro abaixo. Essas atividades foram executadas de forma rotineira, com ênfase para as ações preventivas.



**TABELA VI**

**Atendimento ambulatorial por grupos de doenças mais reportadas pelos DSEI ,  
segundo categorias CID 10 – 2001**

CID-10	2001
DIP	259.434
Ap. Respiratório	115.955
Pele/Subcutâneo	22.929
Ap. Digestivo	9.115
Olho/Anexos	25.804
Osteomuscular	16.871
Sangue	12.221
Metabolismo	8.506
Ap. Circulatório	8.813
gênito-urinário	8.444
Causas Externas	9.408
Sistema Nervoso	361
Gravidez/Parto	104
Neoplasias	10
<b>Total</b>	<b>497.975</b>

Fonte : CGASI/DESAI/FUNASA

Os atendimentos prestados às comunidades indígenas em 2001, foram motivados, sobretudo, pelas Doenças Infecciosas e Parasitárias - DIP, seguida das doenças respiratórias. Essas duas categorias responderam por mais de 70% de toda a demanda ambulatorial aos serviços de saúde (Tabela VI). Prevalecem as parasitoses intestinais, diarreias agudas e infecções respiratórias agudas (inclusive pneumonias). A malária contribuiu de forma considerável especialmente na região amazônica (Tabela VII).

As enfermidades da pele e do tecido celular subcutâneo mais freqüentes foram as piodermites (impetigo, erisipela) e as dermatites alérgicas.

As doenças dos olhos e anexos, dizem respeito quase que exclusivamente a uma conjuntivite sazonal, aparentemente viral, que acomete com freqüência algumas comunidades indígenas, e que, por isso, talvez estivesse mais bem classificada no grupo das DIP.

Da mesma forma, a maior parte das doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos restringem-se às anemias microcítica e hipocrômica, geralmente associada as parasitoses intestinais.

Agravos do grupo das “causas externas” e “perinatais” pouco aparecem na demanda ao atendimento ambulatorial, uma vez que geralmente o atendimento é hospitalar e executados nas unidades de referência.

**TABELA VII**
**Doenças infecciosas e parasitárias reportadas pelos DSEIs na demanda ambulatorial – 2001**

<b>Doenças</b>	<b>2001</b>
Parasitose Intest.	87.902
Infecções Intestinais	88.110
Malária	13.316
Pediculose/Ácaros	1.125
Micoses	59.688
DST	4.544
Tracoma	1.954
Tuberculose	729
Varicela	777
Rubéola	69
Leishmaniose	385
Caxumba	192
Dengue	46
Hepatite Viral	186
Coqueluche	125
Hanseníase	61
Toxoplasmose	0
Outras	225
<b>TOTAL DE CASOS</b>	<b>259.434</b>

Fonte: CGASI/DESAI/FUNASA

Os grupos das parasitoses e infecções intestinais continuam respondendo por uma parcela significativa da procura por assistência, apontando para as deficiências ainda existentes no saneamento básico e na educação para a saúde.

O relativo destaque das micoses na demanda ambulatorial, deveu-se, basicamente, às micoses superficiais, reflexo das condições de moradia e da precária higiene pessoal de boa parte da população.

O grupo das doenças sexualmente transmissíveis, mesmo com o destaque representado na Tabela VII, poderia ter um maior peso, caso todos os casos ocorridos fossem efetivamente notificados. Há um considerável número de agravos classificados como “doenças do aparelho gênito-urinário” que poderia classificar-se como sexualmente transmissíveis, deixando de ser informadas desta forma, resultando em subregistro para a categoria.

A malária, que ocorre predominantemente na Amazônia, foi responsável por 10,9% de todos os atendimentos por DIP em 2000, sendo o terceiro agravo em ordem de importância naquele ano. A doença reduziu consideravelmente em 2001, respondendo de forma favorável ao investimento realizado e a concentração de esforços para o tratamento precoce da doença e o combate ao vetor. Há uma firme determinação da FUNASA no sentido de concentrar os esforços visando o controle da doença. Ressalta-se a existência das adversidades naturais proporcionadas pelas florestas, igarapés e dispersão das coleções hídricas provocadas pela pluviosidade regular em uma área de dimensões

continentais, cujo acesso pode demandar horas de vôo, dias de caminhada ou a transposição de rios com obstáculos consideráveis como pedras e cachoeiras. Apesar dessas adversidades, com a determinação institucional, a ocorrência de casos de malária apresentou uma redução da ordem de 50,4%. Comparando-se 2000 com 2001, houve uma redução do número de casos de 26.838 para 13.316. Esses resultados foram obtidos através de uma atuação articulada entre a FUNASA e secretarias estaduais e municipais de saúde, integrando o plano específico elaborado para o controle da doença.

A maior parte dos atendimentos ambulatoriais prestados em virtude de causas externas foram resultantes de pequenos ferimentos e traumatismos simples que corresponderam à grande maioria das consultas do grupo. Seguem-se em ordem de importância as mordeduras de animais (principalmente cães que são abundantes nas aldeias) e os acidentes com animais peçonhentos principalmente cobras.

Com relação à Tuberculose observa-se um número considerável de pacientes com diagnóstico de Tuberculose pulmonar sem confirmação bacteriológica. A prática, justificada pela dificuldade de diagnóstico em algumas aldeias, ampara-se nas evidências epidemiológicas, sendo relativamente constante e plenamente justificável.

Há uma forte determinação da FUNASA no sentido de promover a qualidade do diagnóstico, capacitando técnicos para a realização dos exames necessários. Para isso a instituição tem realizado eventos de capacitação nas próprias aldeias, envolvendo profissionais para a coleta de material e fixação em lâminas para exame, realização de PPD, controle de comunicantes e tratamento supervisionado. Ainda na aldeia, ou em unidades estrategicamente localizadas, capacitam-se profissionais para leitura de lâminas (técnicos de laboratório) e diagnóstico e tratamento para profissionais de nível superior.

Para a organização do serviço, nessa mesma ocasião, são estabelecidos fluxos para o diagnóstico (inclusive diagnóstico radiológico e para outras formas de tuberculose) e para referências especializadas. São ainda promovidas articulações com estados e municípios para o fornecimento de insumos e apoio diagnóstico e tratamento, inclusive investigação epidemiológica, quando for o caso.

O resultado deste trabalho permitiu uma queda na incidência da tuberculose de todas as formas clínicas da ordem de 12,2% em 2001, comparativamente a 2000, o que representa um incomum resultado favorável no comportamento da enfermidade em muito pouco tempo, considerando ser a tuberculose de evolução crônica e tratamento prolongado.

Com relação às doenças imunopreveníveis, ainda não conseguiu-se homogeneizar a cobertura vacinal em níveis satisfatórios, resultando na ocorrência de casos que poderiam estar controlados.

Os imunobiológicos são disponibilizados através de um programa específico. Seu uso integra a prática diária das equipes multidisciplinares, fazendo parte da rotina de atividades nas áreas.

Há uma preocupação com a qualificação de servidores para a adequada conservação das vacinas, manuseio e técnicas de aplicação e condutas diante da ocorrência de eventos adversos. Essa preocupação resulta em aquisição de equipamentos para a conservação dos imunobiológicos, utilizando a energia solar como fonte alternativa na inexistência de energia elétrica em algumas regiões, além da adequada capacitação dos profissionais que atuam em área. Neste sentido, realizaram-se diversos eventos voltados para condutas em sala de vacinas, rede de frio e eventos adversos.

## **12.2 - Mortalidade**

Os dados de mortalidade em 2001, no geral, apontam apenas a causa imediata e determinante da morte, omitindo, por vezes, os agravos primários. Assim, alguns registros podem identificar causas que, do ponto de vista da saúde pública, não merecem a mesma importância que a doença básica.

**TABELA VIII**  
**Óbitos registrados por causas agrupadas, segundo categorias CID –10,**  
**por faixa etária – 2001**

Idade	< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 e +	Ign	Total
Mal Definida	174	67	9	11	17	31	27	32	31	147	47	593
Ap. Respiratório	153	52	8	5	7	5	6	3	5	42	10	296
Infecto- parasitárias	82	54	10	6	5	18	12	7	10	48	9	261
Causas Externas	15	15	7	27	51	63	40	21	25	22	12	298
Metabolismo	76	88	3	2	0	2	2	2	12	44	3	234
Perinatais	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	140
Ap. Circulatório	1	0	0	1	1	2	6	10	21	95	6	143
Neoplasias	1	6	5	0	3	4	8	4	14	48	7	100
Ap. Digestivo	3	4	0	2	2	2	2	4	11	8	0	38
Malformações	28	4	0	1	1	0	0	0	0	0	1	35
Gênito-urinário	2	2	3	1	0	1	1	0	2	3	0	15
Gravidez/Parto	0	0	0	2	2	4	7	2	0	0	1	18
Sangue	3	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	9
Sistema Nervoso	2	1	0	0	1	2	0	0	0	1	0	7
Outras Causas	1	0	0	0	0	0	1	2	2	2	0	8
<b>TOTAL</b>	<b>681</b>	<b>294</b>	<b>45</b>	<b>59</b>	<b>91</b>	<b>135</b>	<b>113</b>	<b>87</b>	<b>133</b>	<b>461</b>	<b>96</b>	<b>2195</b>

Fonte : CGASI/DESAI/FUNASA

**TABELA IX**  
**Óbitos por categoria CID10 mais freqüentes – 2001.**

ANO	2001
CID10	
DIP	261
Indet./ Mal definida	593
Ap. respiratório	296
Causas externas	298
Metabolismo	234
Perinatal	140
Ap. circulatório	143
Neoplasias	100
Outras causas	130
<b>TOTAL</b>	<b>2.195</b>

Fonte : CGASI/DESAI/FUNASA

As causas mal definidas e indeterminadas aparecem com o maior número de registros devido, principalmente, aos óbitos que ocorrem sem que o diagnóstico seja firmado ou que, embora atestados por médico, não seja possível chegar a um diagnóstico etiológico preciso. Também integram o grupo aqueles óbitos aos quais foram atribuídas causas vagas, tais como, "parada cardíaco-respiratória" ou "falência de múltiplos órgãos".

As principais categorias de causas reportadas de óbito entre os indígenas no ano de 2001 foram representados pelas doenças respiratórias e causas externas. As causas violentas cada vez mais destacam-se como causas de mortalidade nas comunidades indígenas, com destaque para a participação dos acidentes de trânsito e dos atropelamentos no obituário. Essa constatação coincide com a presença maior dos índios nas cidades e a proximidade entre as aldeias e as estradas de rodagem. O alcoolismo é também o pano de fundo do aumento das agressões e dos acidentes. Os casos de suicídio também têm uma contribuição importante no grupo. As doenças infecciosas e parasitárias continuam respondendo por importante número de óbitos, especialmente considerando as condições de vida nas aldeias, apesar do esforço despendido pela FUNASA, especialmente no que se refere ao saneamento básico.

As causas metabólicas e endócrinas de mortalidade referem-se principalmente à desnutrição e à desidratação decorrente das diarreias agudas nas crianças. Ressalta-se que esses números estão subregistrados, uma vez que, parte dos óbitos são identificados com o diagnóstico da doença resultante da complicação da desnutrição tais como: pneumonias, septicemias, dentre outros.

A participação das causas perinatais na mortalidade geral das comunidades indígenas é relevante. É preciso considerar que muitos óbitos devidos às doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório e doenças da nutrição e do metabolismo, que ocorrem na faixa etária dos menores de 1 ano, são conseqüentes à prematuridade ou baixo peso ao nascer. Existe ainda uma parcela de óbitos raramente notificados, que podem estar associados á razões eugênicas, de ordem cultural.

As diarreias em geral, com destaque para as diarreias infecciosas, são importantes causas de morte. Incidem principalmente nas crianças na faixa etária de 0 a 4 anos, apontando especialmente para a desnutrição existentes nas aldeias e para as perturbações nas condições de higiene ambiental e pessoal, decorrentes de mudanças induzidas pelo contato. Por outro lado, a redução do número de casos nesse último ano, reflete o compromisso das equipes multidisciplinares, a prioridade dedicada ao grupo etário e ao aperfeiçoamento do mecanismo de referência.

A primeira causa de morte do grupo "Doenças Infecciosas e Parasitárias – DIP", no entanto, é representada pelas septicemias ocorrendo principalmente na faixa etária de menores de 1 ano. Parte desses óbitos são decorrentes de infecções intestinais e pneumonias como patologias primárias.

### **12.3- Mortalidade Infantil**

O Coeficiente de Mortalidade Infantil em 1999 foi estimado em 96,8 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000 houve uma redução para 74,6 e em 2001 outro decréscimo para 56,5. Percebe-se uma nítida tendência de redução, debitada ao impacto das ações de saúde sobre um perfil epidemiológico relativamente simples e susceptível a resultados imediatos.

### **13- Resultados**

A implantação da atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas tem obtido impactos que vão além dos aspectos fundamentais relativos à disponibilização e organização de serviços.

Com ela inaugurou-se uma nova vertente nas relações entre o Estado e os povos indígenas. A firmeza com a qual a FUNASA vem reconhecendo a condição cidadã de seus interlocutores indígenas, tem contribuído na criação de um espaço sem precedentes para o protagonismo político e para a realização das aspirações próprias dos índios nos cenários locais, regionais e nacional, não só no que concerne à atenção à saúde.

O modelo de participação e de controle social pela consulta e o diálogo permanente entre responsáveis e usuários (mediante o funcionamento dos conselhos) são referência para outras áreas da atuação indigenista. O modelo serve de inspiração para o movimento social de grupos afrobrasileiros (quilombolas) que defendem a implantação de um sistema de atenção à saúde que atenda às suas necessidades específicas.

Considerando estritamente o campo da saúde, os resultados alcançados podem ser analisados em relação a três aspectos essenciais:

#### **13.1- Acesso aos serviços de saúde**

Quanto a este aspecto houve um avanço considerável, haja vista dispor-se atualmente de um esquema permanente de assistência à saúde em todas as áreas indígenas do país. O avanço na capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde, para a atenção básica, e a fixação nas aldeias de equipamentos de comunicação e meios de transporte para remoção permitiu, por um lado, criar-se uma referência permanente e, por outro, possibilitar que esse agente tenha apoio imediato para as necessidades que ultrapassam sua capacidade de resolução.

No apoio constante às comunidades as equipes multidisciplinares de saúde não apenas cumprem o papel assistencial nos campos da promoção, prevenção e recuperação como também possibilitam o trabalho de retaguarda e de educação continuada do Agente indígena de Saúde.

Além da assistência na própria área vem sendo aperfeiçoado os mecanismos de referência para a solução dos problemas de média e alta complexidade, somente passíveis de serem resolvidos nos centros urbanos próximos das terras indígenas. Há uma rede de serviços desta natureza devidamente articulada para dar suporte a estas necessidades em cada DSEI.

Percebe-se hoje um bom nível de satisfação da população indígena, principalmente com a segurança que sistema oferece.

### **13.2- Controle Social**

Seguramente este é um dos aspectos onde mais se avançou. Embora as chamadas instâncias de controle social (Conselhos Locais e Distritais de Saúde) possam parecer num primeiro momento algo muito estranho à tradição cultural, esses espaços estão sendo progressivamente apropriados pelos usuários que estão exercendo um papel extremamente importante na implantação da nova política.

Hoje encontram-se em pleno funcionamento os 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena e 265 Conselhos Locais de Saúde Indígena.

Todas as discussões e decisões nos DSEI passam, necessariamente, por essas instâncias permitindo a incorporação da visão dos índios sobre a condução das atividades. Apesar do curto espaço de tempo essa prática vem se cristalizando em todos os DSEI, impedindo que decisões importantes sejam tomadas sem discussão previa a nível dos Conselhos.

O planejamento para a elaboração do Plano Distrital de Saúde para 2002 foi realizado no âmbito dos Conselhos, com ampla participação de lideranças indígenas na identificação de problemas e necessidades e na elaboração de estratégias para o aperfeiçoamento do trabalho definindo, na prática, o programa a ser executado.

Essa intensa participação tem permitido que o programa de saúde não apenas seja coerente com as necessidades de determinadas comunidades como incorpore sua ótica cultural sobre o processo saúde-doença.

### **13.3- Indicadores de Saúde**



O considerável atraso, de ordem operacional, na implantação do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena – SIASI, não possibilita uma análise segura dos indicadores de saúde. Os dados disponíveis derivam de um sistema provisório, adotado até recentemente, enquanto se implanta definitivamente o SIASI.

Destacam-se três indicadores que demonstram resultados bastante satisfatórios em resposta ao esforço realizado:

### **13.3.1- Mortalidade infantil**

O impacto provocado pela organização dos serviços de saúde nas áreas indígenas, em termos de redução da mortalidade infantil nesta fase inicial foi brutal, evidenciando-se uma forte redução das taxas de mortalidade infantil.

A execução de ações organizadas, sistemáticas e permanentes de assistência enfocando a saúde da criança e da mulher permitiu estes resultados. É evidente que a partir deste primeiro momento as reduções tenderão a ser menores, embora a meta da FUNASA para o presente ano seja de alcançar uma redução para próximo de 40 óbitos por mil nascidos vivos.

A subnutrição, presente em várias áreas indígenas, é derivada das mudanças nas condições de vida advindas pelo contato e da desorganização das atividades produtivas. Esta condição constitui um dificultador na redução da Taxa de Mortalidade Infantil.

### **13.3.2- Malária**

O controle da Malária, grave problema de saúde na Região Amazônica, foi encarado como prioridade nas áreas indígenas, sendo objeto de uma ação especial, no bojo do Programa Nacional de Intensificação do Controle da Malária, alcançando em 2001 uma redução de 50,4% na ocorrência de casos em comparação ao ano de 2000, conforme já comentado.

### **13.3.3- Tuberculose**

A Tuberculose representa um importante agravo à saúde na maioria das áreas indígenas. De difícil enfrentamento, tendo em vista as questões culturais, modo de vida e longo tratamento, tem sido encarada como um desafio a ser superado. Os investimentos em capacitação de recursos humanos e na estruturação da rede de apoio diagnóstico já apontam resultados animadores.

## 14- Dificuldades

A implantação da nova Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas apresentou inúmeras dificuldades que vêm sendo superadas ao longo dos últimos três anos. As especificidades culturais e de inserção geográfica da população alvo, a operacionalização simultânea dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, a inexistência de período de transição para a assunção pela FUNASA das responsabilidades até então em outro órgão do Governo, a pouca experiência do Ministério da Saúde/FUNASA com a questão indígena, a falta de informações confiáveis, entre outros, foram aspectos dificultadores enfrentados ao longo do processo.

### 14.1- Situação Geográfica

A dispersão territorial dos povos indígenas, fator de sua sobrevivência e sustentabilidade física e sociocultural, representa, nas regiões norte e centro-oeste do país, principalmente, um enorme desafio logístico e operacional.

Ao observarmos, por exemplo, que a população de 2.585 índios do DSEI Vale do Javari está localizada em 20 Aldeias, numa terra indígena de mais de 80.000 Km<sup>2</sup>, podemos ter uma visão mais clara das dificuldades. Outra situação é a do DSEI Alto Rio Negro, com uma população de 27.372 habitantes, área semelhante a do Javari, porém distribuída em mais de 500 comunidades

No entanto, em outros distritos, como os do Ceará o do Interior Sul, em que as distâncias são relativamente curtas, as dificuldades são decorrentes da precariedade, as vezes extrema, da infraestrutura rodoviária. Um outro fator complicador é a quase inexistência de serviços de transporte acessível aos povos indígenas. Toda a pressão dessa demanda não suprida é transferida para o equipamento de transporte destinado ao serviço de saúde, resultado, às vezes, em situações de tensão.

Este quadro, comum à maioria dos DSEI, é agravado pela dificuldade de acesso às Aldeias decorrente dos aspectos geográficos e climáticos que se traduzem em rios encachoeirados, de perigosa navegabilidade, e sujeitos aos regimes de cheias e vazantes, impedindo em algumas regiões seu uso durante épocas do ano. Esta situação afeta o funcionamento dos serviços de saúde, entre outros aspectos, quanto a:

- custo das ações pela impossibilidade de otimização da capacidade de cobertura dos profissionais de saúde que “perdem” um precioso tempo nos demorados deslocamentos;
- gasto elevado de combustível e manutenção de barcos, utilizados nos deslocamentos de equipes e remoções de pacientes;

- rotatividade, indesejável, de profissionais de nível superior pela inadaptabilidade às condições de trabalho que exigem períodos de 30 a 45 dias ininterruptos embrenhados na floresta visitando as Aldeias;
- utilização intensiva e/ou exclusiva de aeronaves de pequeno porte para os deslocamentos, onerando muito os custos

#### 14.2- Capacidade Técnico Gerencial

A ausência de uma massa crítica de profissionais de saúde capacitados para a gerência dos sistema foi um dos maiores entraves enfrentados no início do processo. Este aspecto impediu um avanço mais rápido e seguro no sentido da consolidação do trabalho.

Embora já se tenha evoluído bastante esta é uma questão que ainda continua sendo motivo de preocupação e de investimentos que permitam, em médio prazo e com o acúmulo de experiências, superar as deficiências presentes.

#### 14.3- Estratégia de Operação

A estratégia adotada, no que conceme ao estabelecimento de parcerias com Organizações não Governamentais e Indígenas para a execução das ações, permitiu, por um lado, que rapidamente fossem implantados os 34 DSEI com a contratação e capacitação de recursos humanos, aquisição de equipamentos, construção de unidades de saúde e conformação das instâncias de controle social. Por outro encerram alguns problemas:

- A relação convenial, base jurídica para a transferência de recursos públicos que permeia as parcerias, não se demonstrou adequada. O arcabouço legal que sustenta esta relação foi completamente construído sobre a ótica de transferência de recursos públicos entre instâncias de Governo, apresentando inúmeras dificuldades para sua adaptação quanto a entes privados, especialmente quando consideramos a execução de ações de caráter tão especial quanto à de saúde indígena.

Apesar dos esforços de adaptabilidade procedidos pela FUNASA o modelo parece estar esgotado. A alternativa que se vislumbra para o futuro é no sentido de que as Organizações não Governamentais postulem o credenciamento como Organizações Sociais de Interesse Público, amparando a relação de parceria numa nova legislação já existente e mais adequada a este tipo de atividade.

- As parcerias com Organizações Indígenas, hoje aparentemente irreversíveis, necessitam de um impulso que favoreça a profissionalização de suas estruturas gerenciais, buscando superar alguns entraves já identificados.

#### **14.4- Controle Social**

Apesar dos avanços na efetiva participação dos índios no controle das ações de saúde indígena, essa presença ainda carece de melhor conteúdo qualitativo.

Enfrentam-se problemas de legitimidade da representação nos conselhos, relacionada em parte à tendência em algumas comunidades a escolherem os seus representantes entre os jovens escolarizados, considerando o seu melhor domínio do português e da escrita. As vezes, em razão de sua relativa imaturidade social esses conselheiros têm dificuldade para intermediarem as questões essenciais que têm que ser analisadas nas comunidades e nos conselhos para a tomada de decisões visando o aperfeiçoamento e o impacto das ações.

Uma dificuldade freqüente nos conselhos distritais é a falta de condições ou de experiência para o tratamento adequado, propício à comunicação intercultural das questões técnicas, o que redundava numa postura passiva dos conselheiros indígenas.

#### **15- Perspectivas**

Para melhor avaliar e reconhecer o muito que se fez e se avançou no curto período transcorrido desde o início da implantação da nova política de atenção à saúde dos povos indígenas é necessário considerar as limitações impostas à nação em termos de disponibilidade de recursos públicos nos últimos anos.

Deve-se considerar as enormes dificuldades a serem enfrentadas no que concerne à tarefa de implantar um serviço efetivamente baseado no conhecimento dos povos indígenas, por tanto esteja em condições de responder de forma sensível e extensiva à sua riquíssima diversidade de expressões sócio-culturais e de organizações políticas, dando vez ao total reconhecimento de seus direitos.

A determinação política do Ministério da Saúde e da FUNASA foi pautada, na verdade, pelo reconhecimento da necessidade de amortizar a dívida social acumulada pela nossa sociedade ao longo do processo de colonização e de consolidação da nação.

A análise das perspectivas futuras é tarefa complexa que deve ser feita partindo da avaliação da realidade construída nos últimos anos. Essa avaliação é positiva, na medida em que:

- foi superada a fase de transição política e o Ministério da Saúde, por intermédio da FUNASA, consolidou a posição de instituição de referência na atenção à saúde da população indígena;
- rapidamente foi estruturada a rede assistencial
- definiu-se uma política de Estado, de abrangência nacional, norteadora das ações no setor, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e homologada pelo Ministro da Saúde. As bases legais foram devidamente estabelecidas. A normatização para o aperfeiçoamento dos diversos componentes do sistema continua sendo feita, em incontestável processo democrático de participação dos usuários e consulta qualificada;
- contou-se com a determinação política necessária para disponibilizar recursos orçamentários compatíveis com as necessidades e os usuários e parceiros na execução das ações responderam de forma compreensiva e comprometida à necessidade de racionalização;
- o processo de participação dos índios na tomada de decisões é uma realidade;
- os resultados, em termos de impacto e de indicadores de saúde, são satisfatórios.

Finalizando, a justa caracterização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve vincular os bons resultados alcançados no curto espaço de tempo à ampla participação e à adesão da população alvo. Este aspecto, associado aos dados anteriormente expostos, permitem vislumbrar uma perspectiva de irreversibilidade, porém, no caminho do seu aperfeiçoamento e consolidação.

A superação contínua das dificuldades é tarefa indispensável para o aprimoramento da política. Um aspecto adicional a ser observado, se considerado a iminência da mudança de governo no próximo ano, é a importância decisiva que assumirá a mobilização da população beneficiada, suas lideranças e organizações, na defesa intransigente do que conquistaram, de sua continuidade rumo o aperfeiçoamento e consolidação.