

- Apresentação

O presente documento relata de forma sucinta o processo de implantação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas durante o período 1999 – 2002. Nele se adota como referência a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, destacando-se os fundamentos legais que balizaram o desenvolvimento da Política e uma visão, que se pretende crítica, do processo de construção do modelo de saúde adotado.

Entende-se que a relativa brevidade do período analisado e a limitação dos dados epidemiológicos, restringem e prejudicam uma análise mais técnica do desenvolvimento e dos resultados da tarefa desenvolvida.

Nesse contexto, o Departamento de Saúde Indígena – DESAI, de uma forma simples e objetiva, pontua alguns itens que demonstram o esforço institucional de concretizar o ideário contido nos diplomas legais.

1 – Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

1.1. Marco Legal

Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999 – acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Anexo I);

Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999 – dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nº 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências (Anexo II);

Portaria nº 1.163/GM, de 14 de setembro de 1999 – dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências (Anexo III)

2 – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

1.1. Marco Legal

Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002 – aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. (Anexo IV).

1.2. Marco Conceitual

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânica da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. Sua formulação contou com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde e pela política e ação indigenista do governo, bem como de organizações da sociedade civil com trajetória reconhecida no campo de atenção à saúde dos povos indígenas, e, principalmente com a presença de representantes das organizações indígenas, com experiência de execução de projetos sociais junto a seu povo.

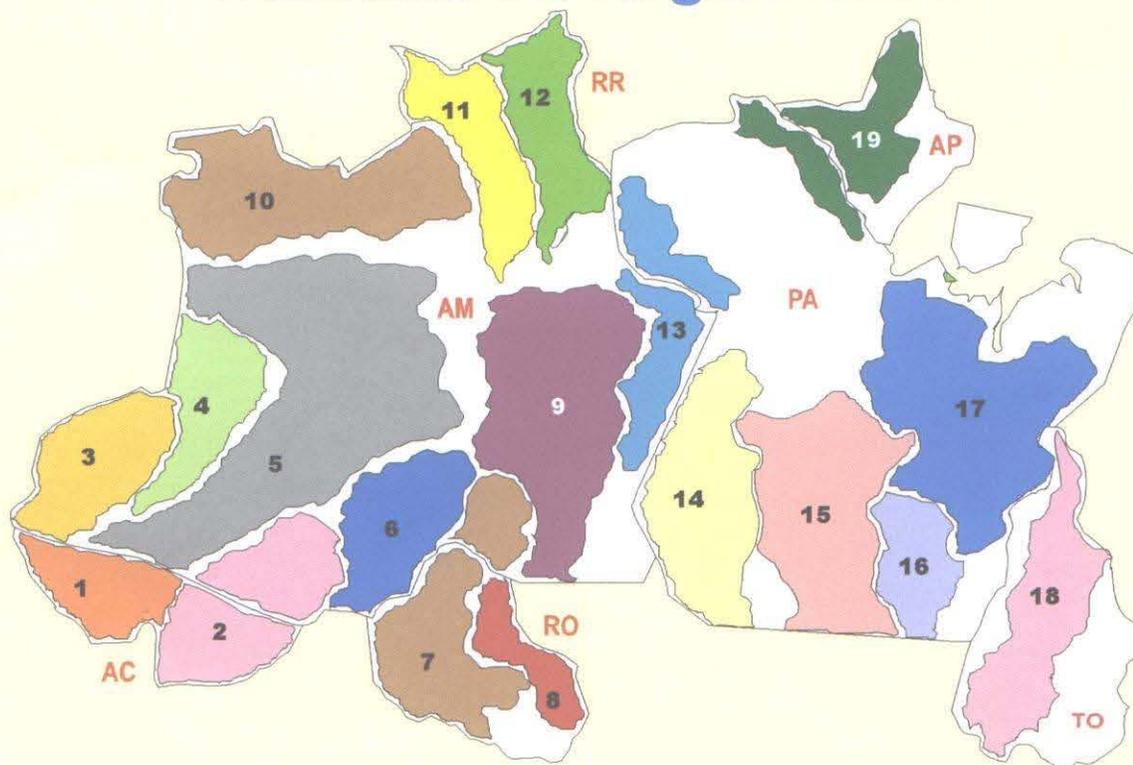
Para o desenvolvimento da Política adotou-se um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços de atenção à saúde, em que se procurou levar em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais, sendo para tanto estruturada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências no acesso e promover maior cobertura da assistência à saúde. O planejamento e desenvolvimento das ações e serviços de saúde são cotejados pelos Conselhos Distritais e Locais, num processo de Controle Social exercido por usuários, trabalhadores e prestadores de serviços.

Funciona como um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo, que contempla um conjunto de atividades técnicas e operacionais objetivando a racionalização dos recursos e a oferta de serviços de saúde com qualidade.



A organização do DSEI se dá a partir da aldeia com o desenvolvimento de ações de atenção básica de saúde, destacando-se aquelas voltadas para a promoção e prevenção de doenças, realizadas por uma equipe multidisciplinar formada basicamente de médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e o agente indígena de saúde. A força de trabalho do agente é considerada como fator estratégico na relação entre o Sistema e a população indígena. A primeira referência para os casos não resolvidos na aldeia se dá no Pólo Base, localizado numa comunidade indígena ou num município de referência e, os casos de maior complexidade são encaminhados para a rede SUS, cujas unidades de saúde recebem um fator de incentivo voltado para as adaptações que se fizerem necessárias ao desenvolvimento de uma atenção diferenciada.

Distritos da Região Norte



Num.	Distritos	Pop.	Num.	Distritos	Pop.	Num.	Distritos	Pop.
1	Alto Rio Juruá - AC	7.068	8	Vilhena - RO/MT	4.784	15	Altamira - PA	1.677
2	Alto Rio Purus - AC/AM	5.644	9	Manaus - AM	11.108	16	Kayapó do Pará - PA	3.263
3	Vale do Javari - AM	2.585	10	Alto Rio Negro - AM	27.372	17	Guamá-Tocantins - PA	3.693
4	Alto Rio Solimões - AM	28.190	11	Yanomami - RR/AM	13.398	18	Tocantins - TO	6.945
5	Médio Rio Solimões e Afluentes - AM	6.710	12	Leste de Roraima - RR	29.910	19	Amapá e Norte do Para - AP/PA	5.821
6	Médio Rio Purus - AM	3.380	13	Parintins - AM/PA	7.984			
7	Porto Velho - RO/AM	6.041	14	Rio Tapajós - PA	4.985			
Total Geral da Região Norte								190.558

Etnias da Região Norte

Aikanã	Baré	Ingarikó	Katúena	Matís	Patamona	Tukano
Ajuru	Bororo	Inhambarana	Katukina	Matşe	Paumari	Tuyuka
Akuntsu	Cabixi	Iranxe	Kaxarari	Mequem	Pirahã	Umutina
Alantesu	Camasuri	Jaboti	Kaxinawa	Miranha	Piratuapua	Uru-eu-wau-wau
Amannaye	Canoe	Jamamadi	Kayabi	Miriti Tapuia	Poyanawa	Wai Wai
Amondawa	Cinta Larga	Jaminawa	Kayapó	Munduruku	Rikbaktsa	Waiapi
Anambé	Columbiara	Jarawara	Kocama	Mura	Sabanê	Waikisu
Aparai	Cubeu	Javae	Kuikuro	Myky	Sakirabiar	Wanano
Apiaká	Cujubim	Juma	Kaxuyana	Nambikwara	Sanuma	Wapixana
Apurinã	Curipako	Juruna	Kulina	Negarotê	Satere-maue	Warekena
Arapaço	Deni	Kaapor	Kuruai	Nhengatu	Sawentesu	Wassusu
Aicaba	Dessano	Kaiabi	Latundê	Oro At	Shanenawa	Wayana
Arara	Diahoi	Kaixana	Macurap	Oro Jowin	Siriano	Xerente
Aricapú	Enaene-nawe	Kalapalo	Mahinaku	Oro Mon	Surui	Xereu
Arua	Galibi	Kamayurá	Maku	Oro Náo	Suya	Xicrin
Ashaninka	Gavião	Kambeba	Makunambé	Oro Waram	Tapirapé	Xipaya
Assurini	Guajajara	Kampa	Makuxi	Oro Win	Tapuia	Xiriana
Atikum	Guarani	Kanamari	Mamaindê	Palikur	Tariano	Xiruai
Awetí	Guató	Karajá	Manchineri	Parakanã	Taurepang	Yanomami
Awuará	Hengatú	Karapana	Manduca	Paraná	Tawandê	Yauanawá
Bakairi	Hixkaryana	Karipuna	Marubo	Pareci	Tembé	Yawalapití
Banawa Yafi	Hupde	Kassupá	Massaka	Parintintin	Tenharim	Yekuana
Baniwa	Ikpeng	Katitháulu	Matipú	Trumai	Terena	Yepamassã
Ticuna	Timbira	Tiriyó	Tora	Zoro		

Relação dos Distritos com os Municípios de Sua Abrangência

Dsei - Alto Rio Jurua

Município:
CRUZEIRO DO SUL - AC
FEIJO - AC
JORDAO - AC
MANCIO LIMA - AC
MARECHAL THAUMATURGO - AC
PORTO WALTER - AC
RODRIGUES ALVES - AC
TARAUAJA - AC

Dsei - Alto Rio Purus

Município:
ASSIS BRASIL - AC
BOCA DO ACRE - AM
MANOEL URBANO - AC
PAUINI - AM
PORTO VELHO - RO
RIO BRANCO - AC
SANTA ROSA DO PURUS - AC
SENA MADUREIRA - AC

Dsei - Vale do Javari

Município:
ATALAIA DO NORTE - AM

Dsei - Alto Rio Solimões

Município:
AMATURA - AM
BENJAMIN CONSTANT - AM
SANTO ANTONIO DO ICA - AM
SAO PAULO DE OLIVENCA - AM
TABATINGA - AM
TONANTINS - AM

Dsei - Médio Rio Purus

Município:
CANUTAMA - AM
LABREA - AM
TAPAUA - AM

Dsei - Médio Rio Solimões e Afluentes

Município:
ALVARAES - AM
CARAUARI - AM
COARI - AM
EIRUNEPE - AM
ENVIRA - AM
IPIXUNA - AM
ITAMARATI - AM
JAPURA - AM
JURUA - AM
JUTAI - AM
MARAA - AM
TEFE - AM

Dsei - Porto Velho

Município:
ALTA FLORESTA DO OESTE - RO
ARIPUANA - MT
CAMPO NOVO DE RONDONIA - RO
ESPIGAO D'OESTE - RO
GOVERNADOR JORGE TEIXEIRA - RO
GUAJARA-MIRIM - RO
HUMAITA - AM
JARU - RO
JI-PARANA - RO
MANICORE - AM
MIRANTE DA SERRA - RO
NOVA MAMORE - RO
PORTO VELHO - RO

Dsei - Vilhena

Município:
ALTA ALEGRE DOS PARECIS - RO
ARIPUANA - MT
BRASNORTE - MT
CACOAL - RO
CHUPINGUAIA - RO
COMODORO - MT
CORUMBIARA - RO
COTRIGUACU - MT
ESPIGAO D'OESTE - RO
JUARA - MT
JUINA - MT
PIMENTA BUENO - RO
PONTES E LACERDA - MT
VILHENA - RO

Dsei - Manaus

Município:
ANAMA - AM
AUTAZES - AM
BERURI - AM
BORBA - AM
CAREIRO - AM
CAREIRO DA VARZEA - AM
HUMAITA - AM
ITACOATIARA - AM
MANACAPURU - AM
MANAUS - AM
MANICORE - AM
NOVA OLINDA DO NORTE - AM
NOVO AIRAO - AM

Dsei - Alto Rio Negro

Município:
BARCELOS - AM
SANTA ISABEL DO RIO NEGRO - AM
SAO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

Dsei - Yanomami

Município:
ALTO ALEGRE - RR
AMAJARI - RR
BARCELOS - AM
BOA VISTA - RR
CARACARAI - RR
IRACEMA - RR
MUCAJAI - RR
SANTA ISABEL DO RIO NEGRO - AM
SAO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

Dsei - Leste de Roraima

Município:
ALTO ALEGRE - RR
AMAJARI - RR
BOA VISTA - RR
BONFIM - RR
CANTA - RR
CAROBE - RR
NORMANDIA - RR
PACARAIMA - RR
SAO LUIZ - RR
UIRAMUTA - RR

Dsei - Parícutins

Município:
BARREIRINHA - AM
MAUES - AM
NHAMUNDA - AM
ORIXIMINA - PA
PARINTINS - AM

Dsei - Rio Tapajós

Município:
ITAITUBA - PA
JACAREACANGA - PA

Dsei - Altamira

Município:
ALTAMIRA - PA
BRASIL NOVO - PA
SAO FELIX DO XINGU - PA
SENAHOR JOSE PORFIRIO - PA
VITORIA DO XINGU - PA

Dsei - Kayapó do Pará

Município:
BANNACH - PA
CUMARU DO NORTE - PA
OURILANDIA DO NORTE - PA
PAU D'ARCO - PA
REDENCAO - PA
SAO FELIX DO XINGU - PA

Dsei - Guamã Tocantins

Município:
BOM JESUS DO TOCANTINS - PA
CANAA DOS CARAJAS - PA
CENTRO NOVO DO MARANHÃO - MA
IPIXUNA DO PARA - PA
ITUPIRANGA - PA
JACUNDA - PA
MARABA - PA
MOJU - PA
NOVO REPARTIMENTO - PA
OUREM - PA
PARAGOMINAS - PA
PARAUAPEBAS - PA
SANTA LUZIA DO PARA - PA
SANTA LUZIA DO PARUA - MA
SAO DOMINGOS DO ARAGUAIA - PA
TOME-ACU - PA
TUCURUI - PA

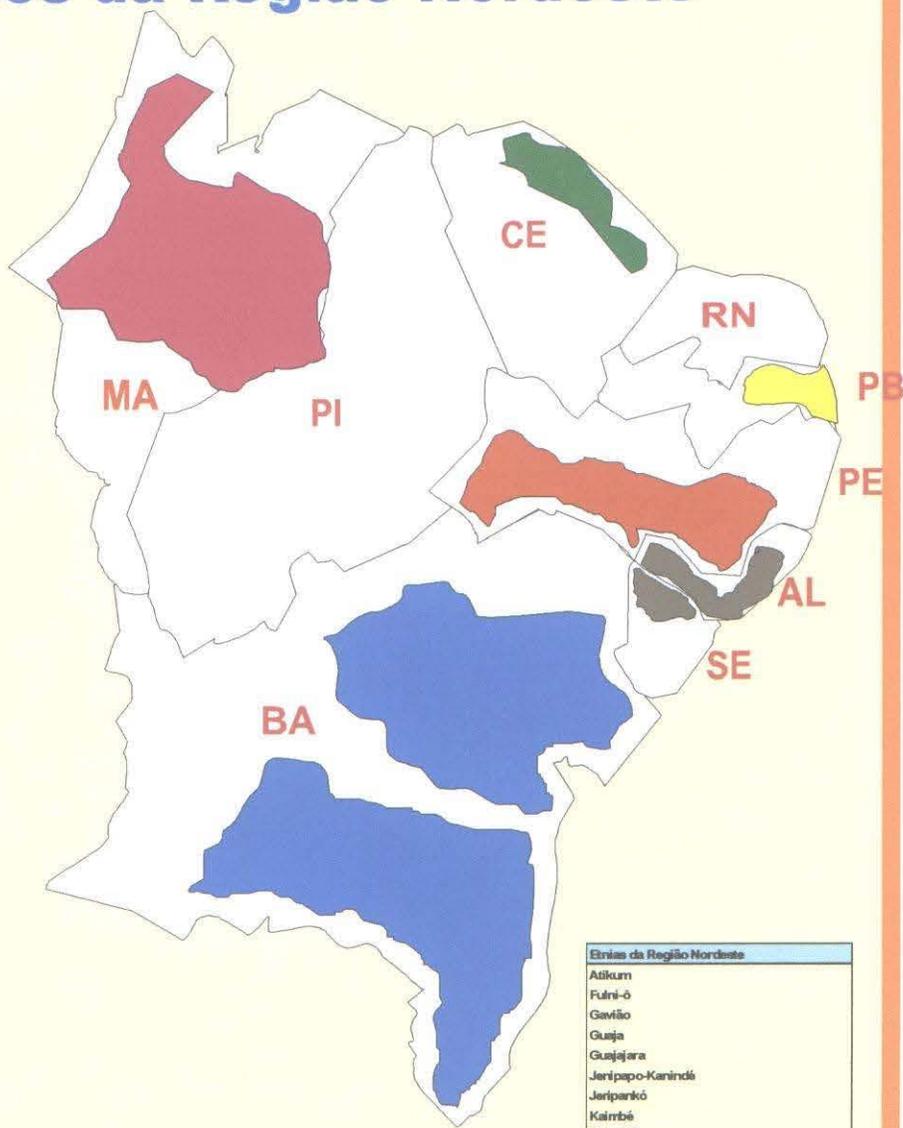
Dsei - Amapá e Norte do Pará

Município:
AGUA BRANCA DO AMAPARI - AP
ALMEIRIM - PA
MACAPA - AP
OBIDOS - PA
OIAPOQUE - AP

Dsei - Tocantins

Município:
ARAGUAIA - TO
CACHOEIRINHA - TO
FORMOSO DO ARAGUAIA - TO
GOIATINS - TO
GURUPI - TO
ITACAJA - TO
LAGOA DA CONFUSAO - TO
MAURILANDIA DO TOCANTINS - TO
PALMAS - TO
SANDOLANDIA - TO
SANTA FE DO ARAGUAIA - TO
SANTA MARIA DAS BARREIRAS - PA
TOCANTINIA - TO
TOCANTINOPOLIS - TO

Distritos da Região Nordeste



Dsei - Alagoas e Sergipe

Município:
AGUA BRANCA - AL
FERRA GRANDE - AL
JOAQUIM GOMES - AL
PALMEIRA DOS INDIOS - AL
PARICONHA - AL
PORTO DA FOLHA - SE
PORTO REAL DO COLEGIO - AL
SAO SEBASTIAO - AL

Dsei - Bahia

Município:
ABARE - BA
BANZAE - BA
CAMACAN - BA
CAMAMU - BA
CURACA - BA
EUCLIDES DA CUNHA - BA
EUNAPOLIS - BA
FERRA DE SANTANA - BA
GLORIA - BA
IBOTIRAMA - BA
ILHEUS - BA
ITAJU DO COLONIA - BA
ITAMARAJU - BA
MUQUEM DO SAO FRANCISCO - BA
PAU BRASIL - BA
PAULO AFONSO - BA
PORTO SEGURO - BA
PRADO - BA
RODELAS - BA
SANTA CRUZ CABRALIA - BA
SANTA RITA DE CASSIA - BA
SERRA DO RAMALHO - BA

Dsei - Ceará

Município:
ACARAU - CE
AQUIRAZ - CE
CAUCAIA - CE
ITAREMA - CE
MARACANAU - CE
PACATUBA - CE

Dsei - Pernambuco

Município:
AQUAS BELAS - PE
BLIQUE - PE
CABROBO - PE
CARNAUBEIRA DA PENHA - PE
FLORESTA - PE
IBIMIRIM - PE
INAJA - PE
JATOSA - PE
MIRANDIBA - PE
PESQUEIRA - PE
PETROLANDIA - PE
TACARATU - PE
TUPANATINGA - PE

Dsei - Maranhão

Município:
ALTO ALEGRE DO PINDARE - MA
AMARANTE DO MARANHAO - MA
ARAGUANA - MA
ARAME - MA
BARRA DO CORDA - MA
BOM JARDIM - MA
BOM JESUS DAS SELVAS - MA
FERNANDO FALCAO - MA
GRAJAU - MA
IMPERATRIZ - MA
ITAIPAVA DO GRAJAU - MA
JENIPEPO DOS VIERAS - MA
MARANHAOZINHO - MA
MONTE ALTO - MA
NOVA OLINDA DO MARANHAO - MA
SAO JOAO DO CARU - MA
ZE DOCA - MA

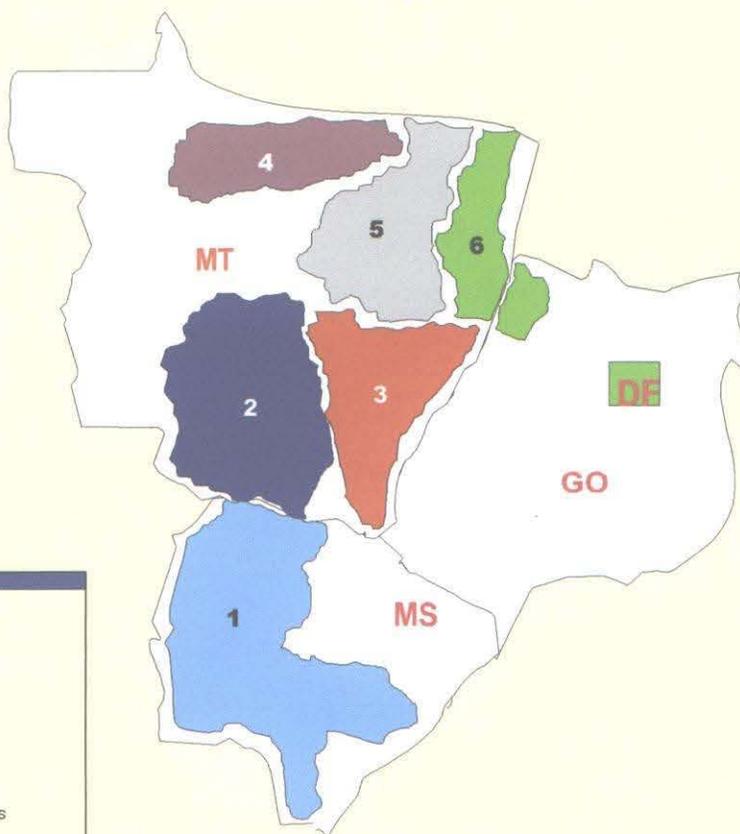
Dsei - Potiguara

Município:
BAIA DA TRAIÇAO - PB
JOAO PESSOA - PB
MARACACAO - PB
RIO TINTO - PB

Distritos		População Indígena
1 Alagoas e Sergipe		6.997
2 Bahia		14.988
3 Ceará		8.119
4 Maranhão		19.021
5 Pernambuco		27.038
6 Potiguara		9.701
Total Geral da Região Norte		86.864

Etnias da Região Nordeste
Atikum
Fulni-ô
Gavião
Gusja
Gusjajara
Jeripapo-Karindé
Jeripantó
Kairimbé
Kalanitó
Karriwiwa
Kanela
Kantaru
Karapató
Karusau
Kiriri
Kiriri-Xocó
Krikati
Pankararé
Pankararu
Pataxó
Pataxó-Hã-Hã-Hã
Pipipari
Pitaguari
Potiguara
Tapeba
Timbira
Tingui-Botó
Tremembé
Truká
Tumbalalá
Tuxá
Urubu Kaapor
Wissu
Xocó
Xukuru
Xukuru-Kiriri

Distritos da Região Centro-Oeste



Dsei - Mato Grosso do Sul

Município:

AMAMBÁI - MS
ANASTÁCIO - MS
ANTÔNIO JOÃO - MS
ACUIDAUAANA - MS
ARAL MOREIRA - MS
BELA VISTA - MS
BODOQUEANA - MS
BRASILÂNDIA - MS
CAARAPO - MS
CAMPO GRANDE - MS
CORONEL SARUCAIA - MS
CORUMBÁ - MS
DOIS IRMÃOS DO BURITI - MS
DOURADINA - MS
DOURADOS - MS
ELDORADO - MS
IGUATEMI - MS
JAPORA - MS
JUTI - MS
LAGUNA CARAPA - MS
MARACÁJU - MS
MIRANDA - MS
NIOAQUE - MS
PARANHOS - MS
PONTA PORA - MS
PORTO MURTINHO - MS
ROCHEDO - MS
SIDROLÂNDIA - MS
TACURU - MS

Dsei - Cuiabá

Município:

BARÃO DE MELGACO - MT
BARRA DO BUGRES - MT
BRASNORTE - MT
CAMPO NOVO DO PARECIS - MT
CUIABÁ - MT
DIAMANTINO - MT
GENERAL CARNEIRO - MT
NOBRES - MT
PARANATINGA - MT
PONTES E LACERDA - MT
RONDONÓPOLIS - MT
SANTO ANTONIO DO LEVERGER - MT
SAPEZAL - MT
TANGARA DA SERRA - MT

Dsei - Xavante

Município:

AGUA BOA - MT
ARAGARCAS - GO
BARRA DO GARCAS - MT
CAMPINAPOLIS - MT
CANARANA - MT
GENERAL CARNEIRO - MT
NOVA XAVANTINA - MT
NOVO SÃO JOAQUIM - MT
PARANATINGA - MT
POXOREO - MT

Dsei - Kayapó do Mato Grosso

Município:

COLIDER - MT
JACAREACANGA - PA
JUARA - MT
NOVO PROGRESSO - PA
PEIXOTO DE AZEVEDO - MT
SÃO FELIX DO XINGU - PA
SÃO JOSÉ DO XINGU - MT

Dsei - Xingú

Município:

CANARANA - MT
FELIZ NATAL - MT
GAUÇA DO NORTE - MT
MARCELÂNDIA - MT
NOVA UBIRATA - MT
PARANATINGA - MT
QUERÊNCIA - MT
SÃO FELIX DO ARAGUAIA - MT
SÃO JOSÉ DO XINGU - MT
UNIÃO DO SUL - MT

Dsei - Araguaia

Município:

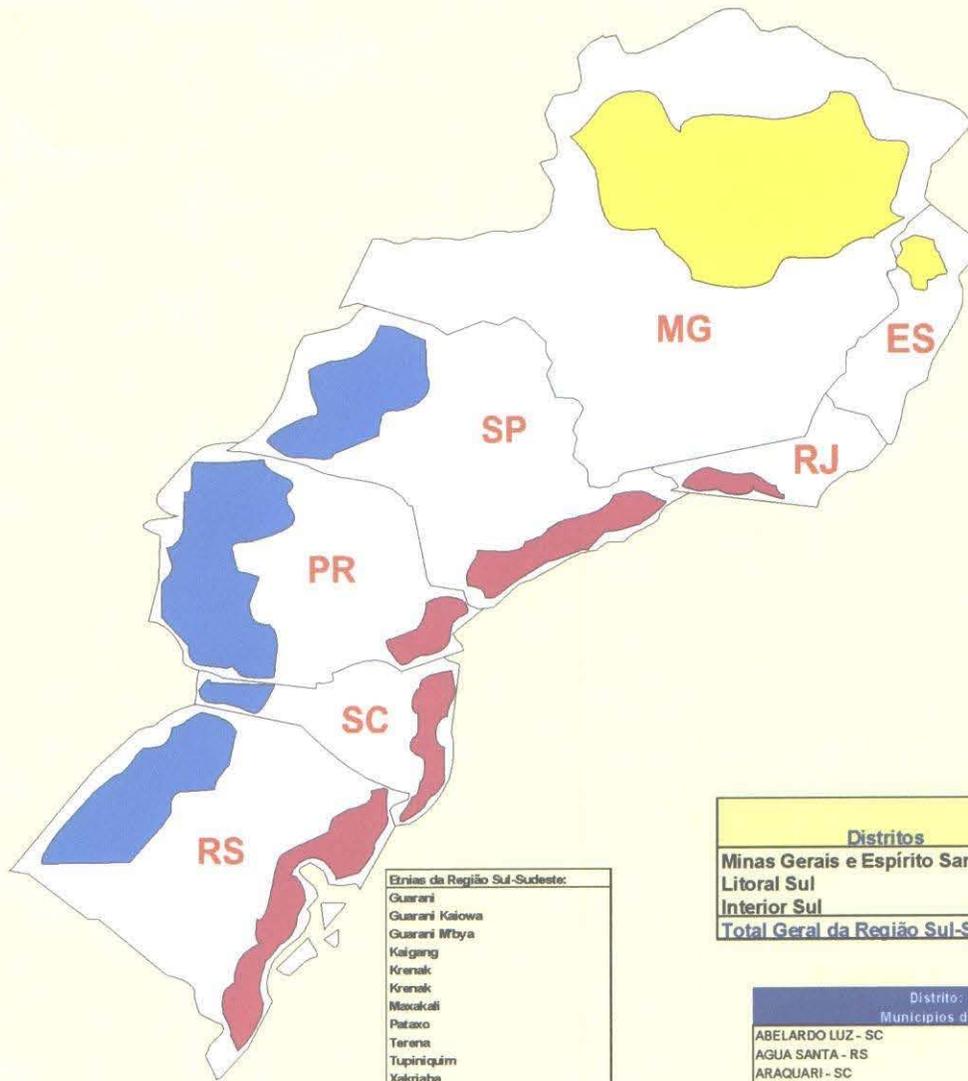
APARECIDA DE GOIANIA - GO
ARLIANA - GO
COCALINHO - MT
CONFRESA - MT
FORMOSO DO ARAGUAIA - TO
LAGOA DA CONFUSÃO - TO
LUCIARA - MT
NOVA AMÉRICA - GO
RUBIATABA - GO
SANTA TEREZINHA - MT
SÃO FELIX DO ARAGUAIA - MT

Num.	Distritos	Pop.
1	Mato Grosso do Sul - MS	42.098
2	Cuiabá - MT	4.521
3	Xavante - MT	9.910
4	Kayapó do Mato Grosso - MT	2.948
5	Xingú - MT	3.982
6	Araguaia - MT / GO	2.535
Total Geral da Região Centro-Oeste		65.994

Etnias da Região Centro-Oeste

Apiaká	Kulkuro
Atikum	Matipú
Aweti	Mehinaku
Awuará	Munduruku
Bakairi	Myky
Bororo	Nahukwa
Enaue-Nawe	Nambikwara
Guarani	Ofaie Xavante
Guarani-Kaiowa	Panara
Guató	Pareci
Ikpeng	Rikbaktsa
Iranxe	Sabanê
Juruna	Suya
Kadiweu	Terena
Kalapalo	Trumai
Kamayurá	Umutina
Kayabi	Xavante
Kayapó	Yawalapiti

Distritos das Regiões Sul-Sudeste



Etnias da Região Sul-Sudeste:
 Guarani
 Guarani Kaiowa
 Guarani Mbya
 Kaingang
 Krenak
 Krenak
 Maxakali
 Patxoco
 Terena
 Tupiniquim
 Xakriaba
 Xokleng
 Xukuru Kariri

Distritos	População Indígena
Minas Gerais e Espírito Santo	9.212
Litoral Sul	3.500
Interior Sul	28.995
Total Geral da Região Sul-Sudeste	41.707

Distrito de Minas Gerais e ES
Municípios de Abrangência:
 ARACRUZ - ES
 ARACUAÍ - MG
 BERTOPOLIS - MG
 CARMESIA - MG
 CORONEL MURTA - MG
 GOVERNADOR VALADARES - MG
 RESPLENDOR - MG
 SANTA HELENA DE MINAS - MG
 SÃO GOTARDO - MG
 SÃO JOÃO DAS MISSOES - MG

Distrito Litoral Sul
Municípios de Abrangência:

ANGRA DOS REIS - RJ	PARANAGUA - PR
ARAMBARE - RS	PARATI - RJ
ARAQUARI - SC	PARIQUERA-ACU - SP
BARRA DO RIBEIRO - RS	PERUIBE - SP
BARRA VELHA - SC	PIRAQUARA - PR
BIGUACU - SC	PONTAL DO PARANA - PR
CACHOEIRA DO SUL - RS	PORTO ALEGRE - RS
CAMAQUA - RS	REGISTRO - SP
CANANEIA - SP	RIO DE JANEIRO - RJ
CAPIVARI DO SUL - RS	RIO GRANDE - RS
CARAA - RS	RIOZINHO - RS
CURITIBA - PR	SANTO ANTONIO DA PATRULHA - RS
FLORIANOPOLIS - SC	SÃO FRANCISCO DE ASSIS - RS
GUAIBA - RS	SÃO FRANCISCO DE PAULA - RS
GUARAJUECABA - PR	SÃO FRANCISCO DO SUL - SC
IGUAPE - SP	SÃO JERONIMO - RS
IMARUI - SC	SÃO MIGUEL DAS MISSOES - RS
ITANHAEIM - SP	SÃO PAULO - SP
ITARIRI - SP	SÃO SEBASTIAO - SP
MAQUINE - RS	SENTINELA DO SUL - RS
MARIANA PIMENTEL - RS	SETE BARRAS - SP
MIRACATU - SP	TAPES - RS
MONGAGUA - SP	TORRES - RS
NAVEGANTES - SC	UBATUBA - SP
PALHOCA - SC	VIAMAO - RS
PALMARES DO SUL - RS	

Distrito Interior Sul
Municípios de Abrangência:

ABELARDO LUZ - SC	LONDRINA - PR
AGUA SANTA - RS	MANGUEIRINHA - PR
ARAQUARI - SC	MANOEL RIBAS - PR
ARCO-IRIS - SP	MULTERNO - RS
AVAI - SP	NAVEGANTES - SC
BAURU - SP	NONOAI - RS
BENJAMIN CONST. DO SUL - RS	NOVA LARANJEIRAS - PR
BIGUACU - SC	ORTIGUEIRA - PR
BRAUNA - SP	PALHOCA - SC
CACIQUE DOBLE - RS	PALMAS - PR
CANDIDO DE ABREU - PR	PASSO FUNDO - RS
CHAPECO - SC	PLANALTO - RS
CHARRUA - RS	PORTO UNIAO - SC
CHOPINZINHO - PR	QUEDAS DO IGUAÇU - PR
CIRIACO - RS	REDENTORA - RS
CONSTANTINA - RS	RIO DOS INDIOS - RS
CORONEL VÍVIDA - PR	RODEIO BONITO - RS
DIAMANTE D'OESTE - PR	RONDA ALTA - RS
ENGENHO VELHO - RS	SALTO DO JACUI - RS
ENTRE RIOS - SC	SANTA AMELIA - PR
EREBANGO - RS	SÃO JERONIMO DA SERRA - PR
ESPIGAO ALTO DO IGUAÇU - PR	SÃO MIGUEL DAS MISSOES - RS
GRAMADO DOS LOUREIROS - RS	SÃO MIGUEL DO IGUAÇU - PR
GUARAPUAVA - PR	SÃO VALENTIM - RS
IBIRAIARAS - RS	SÃO VALERIO DO SUL - RS
IMARUI - SC	SEARA - SC
INACIO MARTINS - PR	TENENTE PORTELA - RS
IPUACU - SC	TOMAZINA - PR
IRAI - RS	TRES PALMEIRAS - RS
ITAIOPOLIS - SC	TUPA - SP
JOSE BOITEUX - SC	TURVO - PR
LARANJEIRAS DO SUL - PR	VICENTE DUTRA - RS
LIBERATO SALZANO - RS	VITOR MEIRELES - SC

O funcionamento do modelo de atenção à saúde dos povos indígenas requereu da FUNASA, através do Departamento de Atenção à Saúde Indígena – DESAI, investimentos específicos, necessários à sua implantação. Dessa forma estruturou-se uma rede física de unidades de saúde, desde as mais simplificadas, localizadas em terras indígenas até as Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), estas voltadas para controlar as atividades de referência e contra-referência aos serviços de média e alta complexidade, além de prestar assistência de enfermagem aos pacientes necessitados desse serviço. Nos três anos analisados neste relatório foram construídas, reformadas e equipadas unidades de saúde, conforme demonstrado a seguir:

UNIDADE DE SAÚDE	CONSTRUIDA E EQUIPADA	REFORMADA/AMPLIADA
Posto de saúde	258	154
Pólo Base	64	88
Casa do Índio	5	34
TOTAL	327	276

A assistência à saúde dos povos indígenas tem como um dos seus principais pilares, garantir o acesso dessa população aos serviços básicos de saúde em articulação com aqueles de maior complexidade. Considerando sua inserção geográfica e a precária existência de infra-estrutura nas terras indígenas, foi necessário um considerável investimento nos meios de locomoção e de comunicação. Atualmente encontram-se em operação, mais de 400 veículos e barcos; mais de 1.000 aparelhos de rádio transmissão e mais de 400 computadores.

A atenção básica é desenvolvida por uma força de trabalho constituída por profissionais de saúde contratados e capacitados, ano a ano, conforme quadro a seguir:

Profissionais Contratados	2000		2001		2002	
	Contratado	Capacitado	Contratado	Capacitado	Contratado	Capacitado
Médico	183	120	161	96	234	145
Enfermeiro	294	218	313	247	367	280
Dentista	171	125	205	156	231	181
Auxiliar de enfermagem	947	656	1.042	770	1.230	798
AIS*	2.284	1.944	2.546	2.115	2.737	2.089
AISAN**	230	189	331	222	437	259
Outros	1.231	594	1.093	376	1.152	323
TOTAL	5.340	3.846	5.691	3.982	6.388	4.075

* Agente indígena de saúde

** Agente indígena de saneamento

Há que se destacar a formação e capacitação do agente indígena de saúde como estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de acrescentar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias. A concepção pedagógica para capacitação do AIS está fundamentada na metodologia problematizadora, inserindo-se no campo da educação crítica e tendo como princípio a construção coletiva dos conhecimentos a partir do referencial cultural dos próprios agentes. A estrutura curricular está organizada em 6 módulos temáticos, enfocando as doenças e agravos de maior impacto epidemiológico entre os povos indígenas, os quais são desenvolvidos em períodos de concentração e de dispersão. As discussões teórico-práticas estão organizadas nos períodos de concentração, com carga horária média de 120 horas. Ao retornarem às suas aldeias, no período de dispersão, os agentes integram-se ao processo de trabalho encetado pela equipe de profissionais de saúde, desenvolvendo na realidade do serviço e da comunidade, as ações de saúde abordadas

durante a concentração. Estão previstas para esta fase, em média, 60 horas de atividades sob a supervisão do instrutor-supervisor. No período entre 1999 e 2002 foram capacitados, nos módulos Introdutório e Módulo I, mais de 2.000 agentes e no Módulo II, mais de 400 agentes indígenas.

Em 1999 como agora o quadro epidemiológico das populações indígenas aponta como mais prevalentes as doenças transmissíveis, destacando-se as parasitoses intestinais e as infecções respiratórias que contribuem de forma decisiva para a elevada mortalidade infantil. Na região amazônica, que concentra, aproximadamente, 50% da população indígena, a malária se manifesta de forma endêmica. Há que se ressaltar que o número de informações necessário para o conhecimento da situação epidemiológica dos povos indígenas era precário e insuficiente, no momento em que a FUNASA inicia a implantação do novo modelo de assistência. Para enfrentamento dessa situação foi desenvolvido o Sistema de Atenção à Saúde Indígena – SIASI com o objetivo de cadastrar a população indígena e conhecer, de forma mais detalhada, a situação de morbi-mortalidade para orientação do planejamento e priorização na tomada de decisão.

A partir de 2001, já dispondo de mais informações da sua população-alvo, o DESAI desenvolve um reordenamento de seus serviços centrado principalmente num planejamento com enfoque estratégico onde são abordados de forma ordenada os principais problemas e propostas de solução de forma a maximizar os recursos disponíveis a elevar a qualidade da atenção à saúde.

Com uma agenda de trabalho mais ordenada, estabelece-se prioridades com ênfase principalmente na capacitação dos recursos humanos e na intensificação de parcerias com Organizações Governamentais e Não Governamentais com tradição de trabalhos junto às populações indígenas, sobretudo aquelas organizadas pelos próprios indígenas, com o intuito de tornar o serviço mais sensível aos hábitos, valores, interesses e atitudes dos diferentes povos indígenas.

A dotação e condicionamento da estrutura física e operacional aliados ao planejamento e às estratégias desenvolvidas, impactaram nos principais indicadores das doenças de maior incidência, com reduções significativas. Observa-se ainda, acréscimo no número de casos detectados, resultado principalmente do maior acesso da população aos serviços de saúde; da melhoria na qualidade do diagnóstico; de melhor registro dos casos, nascimentos e óbitos e de uma abordagem mais eficaz no processo de comunicação entre os profissionais de saúde e a população indígena.

Nesse contexto destaca-se a seguinte situação nos indicadores descritos no quadro abaixo:

<u>MORTALIDADE INFANTIL</u> Relação entre crianças nascidas vivas e os óbitos, antes de completar 1 ano, num determinado período.	Em 2000 – 94,0* por mil Em 2002 (dados preliminares) – 61,0 por mil Redução – 35% Brasil – 31,8 por mil (estimada pelo IBGE,2001)
---	--

*Notificação de apenas 22 DSEI

<u>INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE</u> Relação entre o número de casos novos da doença e a população de risco, num determinado período.	Em 2000 – 164,3 por cem mil Em 2002 (dados preliminares) – 119,6 por cem mil Redução – 27% Brasil – 48,1 por cem mil (Ministério da Saúde,1999)
---	--

<u>NÚMERO DE CASOS DE MALÁRIA</u> Número absoluto de casos positivos de malária.	Em 2000 – 26.838 casos Em 2002 (dados preliminares) – 11.226 casos Redução – 58% Brasil – 389.737 (CENEPI/FUNASA,2002)
--	---

A operacionalização das ações de saúde desde o atendimento nas aldeias até as referências de média e alta complexidade, resultou na oferta de atendimentos médico, de enfermagem, do agente, de exames e internações, cuja produção destaca-se a seguir:

PRODUÇÃO DE SERVIÇOS	2001	2002 (dados preliminares)
SERVICO NA ALDEIA		
Atendimento Médico	244.512	173.304
Atendimento de Enfermagem	1.224.752	911.886
Atendimento odontológico	282.536	222.535
Atendimento do AIS	645.330	443.210
ATENDIMENTO NO PÓLO BASE	1.257.987	824.359
ATENDIMENTO NO SUS		
Consulta	65.925	57.885
Exame	75.537	50.148
Internação	14.876	9.975
ATENDIMENTO REDE PRIVADA		
Consulta	4.566	1.776
Exame	5.915	3.513
Internação	517	235
ATENDIMENTO CASA DO ÍNDIO	241.664	231.486

Observa-se nos dados demonstrados, que o atendimento básico desenvolvido nas aldeias e pólos base superam em mais de 21 vezes os procedimentos da rede SUS e rede privada, que configuram o atendimento de média e alta complexidade. Por outro lado os procedimentos da rede SUS resultam na ordem de, aproximadamente, 14 vezes os procedimentos da rede privada. Em 2002, embora os dados apresentados sejam preliminares, nota-se a mesma tendência, destacando-se uma significativa redução nos procedimentos executados pela rede privada. A análise desses dados aponta para o alcance do principal objetivo do modelo de assistência praticado, qual seja, o de levar atendimento básico de saúde nas terras indígenas, permitindo o acesso aos serviços de saúde e resolvendo, na prática, a maioria dos problemas identificados. Ressalta-se ainda, o expressivo número de atendimentos na Casa do Índio que remete tanto à forte coesão familiar, quanto às precárias condições de alimentação em muitas comunidades indígenas, resultando no deslocamento de boa parte dos parentes do indivíduo que adocece, para alojar-se nessas casas de saúde aonde há garantia de alimentação. Resulta, entretanto, que a presença de pessoas sadias, porém com deficiência nutricional, num ambiente de tipo hospitalar acaba por comprometer sua saúde.

O atendimento de média e alta complexidade é desenvolvido nas unidades de saúde da rede SUS, credenciadas pelo Ministério da Saúde, assim distribuídas:

DSEI	UNIDADE DA FEDERAÇÃO	Nº DE UNIDADE CREDENCIADA
Alto Rio Juruá	Acre	2
Alto Rio Purús	Acre	2
	Amazonas	1
Alagoas e Sergipe	Alagoas	8
	Sergipe	1
Alto Rio Negro	Amazonas	1
Alto Rio Solimões	Amazonas	4
Manaus	Amazonas	15
Médio Rio Purús	Amazonas	2
Médio Rio Solimões e Afluentes	Amazonas	5
Parintins	Amazonas	4
	Pará	2
Vale do Javari	Amazonas	1

Amapá e Norte do Pará	Amapá	3
Bahia	Bahia	16
Ceará	Ceará	8
Maranhão	Maranhão	12
Minas Gerais e Espírito Santo	Minas Gerais Espírito Santo	8 1
Mato Grosso do Sul	Mato Grosso do Sul	27
Araguaia	Goiás Mato Grosso	3 4
Cuiabá	Mato Grosso	12
Kayapó-MT	Mato Grosso	3
Xavante	Mato Grosso Brasília	10 1
Parque Indígena do Xingú	Mato Grosso São Paulo	6 1
Altamira	Pará	2
Guamá Tocantins	Pará	7
Kayapó-PA	Pará	4
Rio Tapajós	Pará	3
Potyguara	Paraíba	5
Pernambuco	Pernambuco	18
Interior e Litoral Sul	Paraná	43
	Rio de Janeiro	2
	Rio Grande do Sul	20
	Santa Catarina	17
	São Paulo	14
Porto Velho	Rondônia	6
Vilhena	Rondônia	4
	Mato Grosso	4
Yanomami e Leste de Roraima	Roraima	9
Tocantins	Tocantins	8
TOTAL DE UNIDADES CREDENCIADAS		329

Destaca-se ainda como importante na oferta de serviços às comunidades indígenas, o desenvolvimento de saneamento básico enquanto um expressivo fator no controle das doenças por veiculação hídrica, no manejo ambiental para controle na transmissão de algumas doenças e, decisivamente, como uma sensível melhora na qualidade de vida dessa população. No período de 1999 a 2001 foram implantados cerca de 1.200 sistemas de abastecimento de água em mais de 400 aldeias, beneficiando, aproximadamente, 80.000 famílias. Nesse mesmo período foram construídas e implantadas melhorias sanitárias individuais e coletivas em mais de 900 aldeias.

A saúde bucal mereceu uma atenção especial, por parte do DESAI, considerando os altos índices de prevalência de cárie dentária observados na população indígena, além da constatação de que a ausência de controle sobre as doenças bucais ocasionam problemas ao organismo humano ou agrava outros já existentes.

A discussão sistematizada sobre as ações para atenção à saúde bucal dos povos indígenas, tem início em 1999 numa oficina de trabalho realizada em Brasília, com a presença de cirurgiões-dentistas (CD) dos 34 DSEI. Nessa ocasião, começam a ser elaboradas Diretrizes com o objetivo principal de orientar o planejamento, a implementação, o controle e a avaliação das ações de atenção à saúde bucal da população indígena, destacando-se como mais importantes, os seguintes princípios:

- propiciar a mudança do enfoque assistencial individual para o coletivo;
- garantir a incorporação de procedimentos coletivos e individuais em locais onde não há consultórios odontológicos
- adequar a prática de controle de infecção intrabucal onde já existem consultórios instalados;
- consolidar a prática efetiva de discussão local com a população indígena sobre as ações desenvolvidas;
- incorporar a atuação de recursos humanos auxiliares no controle da incidência das doenças bucais.

A partir das orientações contidas nas Diretrizes, são introduzidos procedimentos, entre os quais destacam-se o controle da infecção intra-bucal, normas de biossegurança na prática odontológica e a implantação da Técnica Restauradora Atraumática – ART. A partir daí organiza-se um elenco mínimo de atividades para os procedimentos coletivos e para os procedimentos individuais, assim resumidos:

PROCEDIMENTOS COLETIVOS – levantamento de necessidades, educação para a saúde, atividades com flúor, higiene bucal supervisionada.

PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS – aplicação de selante, remoção de tártaro, polimento, exodontia, ART, restaurações dentárias, pulpotomia, atendimento de urgências.

Dentro dos procedimentos individuais, no exercício de 2002 (até setembro) foram identificadas mais de 120 mil pessoas com problemas dentários e tiveram a primeira fase do tratamento completado, 33% dessa população.

Com relação aos procedimentos coletivos, mais de 160 mil pessoas tinham necessidade de fluoroterapia, das quais, 43,5% completaram o esquema de flúor, enquanto que mais da metade da população que recebeu escova e creme dental, faz escovação regular, sob a supervisão de profissionais.

5 – Controle Social

A adoção de controle social exercido pelos agentes beneficiários das ações de saúde bem como por aqueles que as desenvolvem, foi seguramente o aspecto de maior destaque da política de saúde dos povos indígenas. Sua ação remete ao exercício da cidadania com envolvimento de responsabilidades.

O controle social no contexto da política de saúde indígena, é exercido, no nível regional, principalmente por intermédio da constituição de Conselhos Locais de Saúde e pelos Conselhos Distritais de Saúde e, no nível nacional, através da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI, enquanto integrante do Conselho Nacional de Saúde.

O Conselho Local de Saúde é constituído por representantes das comunidades indígenas da área de abrangência do Pólo Base, incluindo lideranças tradicionais, professores indígenas, agentes indígenas de saúde, especialistas tradicionais, parteiras e outros, sendo escolhidos pelas comunidades da região. É uma instância privilegiada de articulação com gestores locais para encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde.

O Conselho Distrital de Saúde tem caráter deliberativo, observando em sua composição a paridade de 50% de usuários e 50% de organizações, prestadores de serviços e trabalhadores do setor saúde dos respectivos distritos. Sua formalização se dá através de Portaria do Presidente da FUNASA e seu presidente é eleito diretamente pelos conselheiros, que elaboram o regimento interno e plano de trabalho.

Atualmente encontram-se constituídos os 34 Conselhos Distritais de Saúde com a participação de 880 conselheiros.

O processo de implantação do controle social é bastante lento e a participação social, de modo geral, ainda muito precária. Em um número reduzido de Distritos ele é exercido de forma pró-ativa e com relativa interação entre os diversos órgãos envolvidos. Em outros, porém, o que se observa é uma forte tendência afirmativa por parte dos usuários, no exercício desse controle, evidenciando um entendimento de direitos a serem supridos de forma unilateral pelo aparelho do Estado, nem sempre se cogitando a necessidade de um envolvimento responsável e coerente com a realidade social mais abrangente do país. E, num número maior de distritos, a participação é limitada a, no máximo, uma reunião ao ano e a compreensão do processo é, de forma geral, a de ratificação da política de saúde praticada.

Em junho de 2001 foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Indígena, sob a coordenação da FUNASA, com 807 participantes, dos quais 408 eram indígenas, representando 113 povos indígenas. A realização desse evento constituiu-se num momento importante de expressão dos diferentes atores sociais envolvidos no processo de construção do sistema de atenção à saúde dos povos indígenas.

O relatório final da Conferência assinalou diretrizes para o aperfeiçoamento e consolidação do Sistema quanto ao modelo de gestão e organização dos serviços, especialmente sobre aspectos essenciais relacionados com a vigilância em saúde, a prevenção e controle de doenças e agravos de alto risco, como as DST/AIDS e o alcoolismo. Destaca ainda o desenvolvimento de recursos humanos, o fortalecimento de práticas tradicionais, a segurança alimentar, entre outros. Uma parte, ainda pequena, dessas reivindicações começaram a ser equacionadas em 2002, em articulação com outros setores de governo.

6 – Sistema de Informações de Atenção à Saúde Indígena - SIASI

O SIASI foi desenvolvido nas plataformas padronizadas pelo Ministério da Saúde para estabelecer a conectividade com os diversos sistemas de informação, para transferência e recepção de dados. Sua concepção se deu a partir do ano de 1999. Foi desenvolvido um trabalho de identificação das necessidades do parque informático nos DSEI para o estabelecimento da rede de comunicação ao tempo em que iniciou-se o desenvolvimento de 4 Módulos: Módulo Demográfico, Módulo de Morbidade, Módulo de Imunização e Módulo de Recursos Humanos.

Nesse mesmo ano foi implantado, em todos os Distritos o Módulo Demográfico para registro da população indígena a partir do formulário Cadastro da Família Indígena – CAFI (Anexo V). As informações produzidas neste Módulo oferecem uma clara visão da população-alvo do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a partir do conhecimento de sua quantidade, classificação por sexo e idade, localização espacial (por aldeia, pólo base, DSEI, município, estado) e por etnia a que pertence cada população.

Na formulação do SIASI foram selecionados um certo número de indicadores, que são calculados automaticamente, para análise da situação da saúde e do desempenho dos serviços. O Sistema, entretanto, permite a agregação de outros indicadores, segundo as necessidades de planejamento e avaliação.

A estruturação desses indicadores está organizada para a análise demográfica e da intervenção na saúde. Isso permite um acompanhamento sistemático do crescimento populacional e a obtenção de taxas associadas à situação da saúde, especialmente orientadas para monitorar e avaliar o impacto das intervenções e subsidiar o planejamento.

Além dos tradicionais indicadores epidemiológicos e de produtividade dos serviços, foram definidos indicadores de qualidade, de organização e funcionamento do subsistema de saúde. O conjunto desses indicadores propicia uma orientação adequada ao planejamento e a implantação de ações voltadas para a gestão e operacionalização do subsistema de saúde indígena. O SIASI tem ainda, como uma de suas características, a produção de múltiplos relatórios, segundo a necessidade específica do usuário.

Em junho de 2002 foi concluído e desenvolvido o processo de implantação do Módulo de Morbidade a partir de oficinas de treinamento das pessoas dos pólos base, encarregadas da alimentação do Sistema, resultando na capacitação de 360 operadores. Atualmente esse Módulo encontra-se implantado em aproximadamente 17% dos Pólos Base e em 4 CASAI.

7 – Financiamento

Os recursos do subsistema de atenção à saúde indígena são oriundo do Tesouro Nacional e estão alocados, na FUNASA, no Programa Etnodesenvolvimento das Sociedades Indígenas através da Atividade de Atendimento à Saúde em Distritos Especiais Indígenas, do Projeto de Implantação e Adequação de Unidades de Saúde e do Projeto de Saneamento Básico em Comunidades Indígenas.

O quadro a seguir demonstra a evolução do orçamento autorizado e a aplicação de recursos na saúde indígena, no âmbito da FUNASA:

Em R\$ 1.000,00

EXERCÍCIO	ORÇAMENTO AUTORIZADO	ORÇAMENTO APLICADO
1999	25.837	62.672
2000	60.445	109.300
2001	100.816	152.729
2002	125.921	112.957*
TOTAL	313.019	437.658

* até 23.12.

Observa-se na coluna do orçamento autorizado um incremento nominal no período analisado, onde o valor alocado em 2002 representa mais de 4 vezes o de 1999. Por outro lado, defrontada com uma demanda reprimida e com a necessidade de implantar o subsistema de saúde da forma mais equânime possível, a alta direção da FUNASA tomou a decisão de aplicar recursos de outros Programas de seu orçamento que guardam compatibilidade com a saúde indígena, resultando no ano de 1999 numa aplicação 2,4 vezes do que foi autorizado; em 2000 o aumento foi da ordem de 1,8 vezes; e em 2001 a relação entre aplicado e autorizado é de 1,5 vezes. O decréscimo observado nos recursos aplicados resulta da redução dos investimentos em infra-estrutura.

Do orçamento do Ministério da Saúde, saem os recursos para o incentivo de assistência ambulatorial e hospitalar desenvolvidas nas unidades de saúde do SUS que servem de referência secundária e terciária para a população indígena e também uma parte dos recursos para contratação da equipe multidisciplinar de saúde, que desenvolve atividades básica nas aldeias, pólos base e CASAI, conforme demonstrado no quadro a seguir:

Em R\$ 1.000,00

EXERCÍCIO	INCENTIVO UNIDADE DE SAÚDE	CONTRATAÇÃO DE RH
1999	-	1.001
2000	9.124	9.742
2001	15.181	28.871
2002 (até outubro)	12.367	35.616
TOTAL	36.672	75.230

Os recursos aplicados pelo Ministério da Saúde seguem a mesma tendência observada na FUNASA. Nota-se que, até outubro de 2002, o incentivo para as unidades de saúde é 1,5 vezes maior que em 2000, enquanto o crescimento dos recursos utilizados para contratação de mão de obra no mesmo período é 35,5 vezes maior.

O expressivo aumento no orçamento de contratação de recursos humanos evidencia o acerto da política de saúde indígena. Inicialmente, sua implantação exigiu maiores recursos para investimento na infra-estrutura necessária ao seu funcionamento. O impacto positivo na qualidade de saúde da população alvo, aliada a um crescimento vegetativo da população indígena superior à média nacional, requereu, ao longo do período analisado, maiores gastos na manutenção e expansão das despesas de custeio do subsistema.

8 – Perspectivas

A partir do marco legal que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a FUNASA, por intermédio do DESAI, vem implantando o modelo de atenção à saúde. Ao longo desses 3 anos foi estruturada a rede de serviços, consolidado o funcionamento dos DSEI, implantados os principais Programas de Saúde, iniciado o processo de sistematização de informações. Merece destaque, o acúmulo de conhecimento e experiência que teve o DESAI na tentativa de romper paradigmas para vencer o desafio de oferecer qualidade de vida, respeitando a diversidade cultural do usuário.

Passada a fase de implantação, começa a fase de organização e adaptações para o aperfeiçoamento e consolidação do modelo inicialmente concebido. Para tanto o DESAI vem desenvolvendo um documento de normalização voltado, principalmente, para a gestão e gerência do Subsistema, destacando-se os aspectos de organização da rede física, os padrões de organização dos serviços, a gestão de pessoal, o desenvolvimento de parâmetros para alocação de recursos nos DSEI, etc.

Para nortear o planejamento e o redirecionamento de objetivos e metas, se faz necessário o pleno funcionamento do SIASI. De forma a permitir a informação em tempo real, será implantado a comunicação via Internet (WEB) e está previsto a implantação dos módulos de imunização, odontologia, recursos humanos e infra-estrutura.

O conhecimento mais detalhado do quadro epidemiológico da população indígena vem direcionando o reordenamento de algumas ações e a organização e implantação de Programas especificamente voltados para essa população, considerando sobretudo sua visão de saúde e doença. Assim, o DESAI/FUNASA, em parceria com a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGPAN) do Ministério da Saúde vem

trabalhando na concepção do Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas, com o objetivo de promover a segurança alimentar e nutricional da população indígena. Em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), vem implantando e/ou credenciando uma rede de diagnóstico do câncer de mama e cérvico uterino, para o diagnóstico e tratamento oportunos.

Em parceria com o Programa de DST/AIDS do Ministério da Saúde, está desenvolvendo ações especificamente voltadas para a população indígena, utilizando como principal estratégia a qualificação de recursos humanos em abordagem sindrômica, objetivando o diagnóstico e tratamento, através de sinais e sintomas da doença, a fim de reduzir a transmissão.

No último ano foram implantados, em parceria com Universidades, 4 Centros de Estudo e Monitoramento para aprofundar o conhecimento e desenvolver propostas de controle do alcoolismo, do suicídio e do infanticídio na população indígena. A perspectiva futura é de novas implantações desses centros em locais de maior prevalência desses agravos.

Relatórios de atividades de cirurgias dentistas demonstram iniciativas isoladas e sem critérios definidos na confecção de próteses dentárias. As próteses são uma demanda legítima da população. A partir daí o DESAI elaborou uma proposta de estudo piloto de prótese dentária no Pólo Base de Tocantínia no DSEI de Tocantins. Sua implantação dar-se-á em conjunto com o Departamento de Odontologia da Universidade Católica de Minas Gerais, atendendo, inicialmente, 45 indígenas desse Pólo Base, na faixa etária de 15 a 69 anos, onde ficou constatado, em estudos preliminares, 50% de edêntulos (pessoas sem dentes) na faixa etária de 45 a 69 anos.

Para consolidação da estratégia de preparação da população indígena para o desenvolvimento das ações básicas de saúde, o DESAI vem buscando parceria com as escolas técnicas de saúde das Secretarias Estaduais de Saúde para formação de auxiliares e técnicos de enfermagem. Já foram firmados 3 convênios de cooperação técnica com as Secretarias Estaduais da Bahia, Ceará e Cuiabá, beneficiando os AIS de 6 DSEI – Bahia, Ceará, Xavante, Cuiabá, Kayapó-MT e Xingu. As negociações apontam para formação de mais 3 parcerias.

As reivindicações assinaladas no relatório da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, sendo fruto de uma discussão ampla e democrática com os principais atores do processo de construção e implantação da Política Nacional de Saúde Indígena, servirão de norte na consolidação e aperfeiçoamento do modelo de atenção à saúde e no exercício da Política. A FUNASA/DESAI implantará as ações no âmbito de sua governabilidade e buscará as parcerias para o enfrentamento e superação das questões inter-setoriais, mantendo em seu arco direcional o objetivo de promover a saúde e controlar as doenças na perspectiva da qualidade de vida dos povos indígenas.

**Presidência da República
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

DOU de 24/09/1999, Seção 1, p. 1

LEI Nº 9.836, DE 23 DE SETEMBRO DE 1999.

Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena.

0 PRESIDENTE DA REPUBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte Capítulo V ao Título II - Do Sistema Único de Saúde:

"CAPITULO V

Do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde - SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de saúde, quando for o caso."

Art. 2º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias.

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

Brasília, 23 de setembro de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Jose Serra

ANEXO - II

**Presidência da República
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

DOU de 28/08/1999, Seção 1, p.37

DECRETO N° 3.156, DE 27 DE AGOSTO DE 1999.

Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos n°s 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dão outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, da Constituição, e tendo em vista o disposto nos arts. 14, inciso XVII, alínea "c", 18, inciso X e 28-B da Lei n° 9.649, de 27 de maio de 1998,

DECRETA:

Art. 1° A atenção à saúde indígena e dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde.

Parágrafo Único. As ações e serviços de saúde prestados aos índios pela União não prejudicam as desenvolvidas pelos Municípios e Estados, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2° Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, deverão ser observadas as seguintes diretrizes destinadas a promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio bio-psico-social, com o reconhecimento do valor e da complementariedade das políticas da medicina indígena, segundo as peculiaridades de cada comunidade, o perfil epidemiológico e a condição sanitária:

- I. o desenvolvimento de esforços que contribuam para o equilíbrio da vida econômica, política e social das comunidades indígenas;
- II. a redução da mortalidade, em especial a materna e a infantil;
- III. a interrupção do ciclo de doenças transmissíveis;
- IV. o controle da desnutrição, da cárie dental e da doença periodontal;
- V. a restauração das condições ambientais, cuja violação se relacione diretamente com o surgimento de doenças e de outros agravos da saúde;
- VI. a assistência médica e odontológica integral, prestada por instituições públicas em parceria com organizações indígenas e outras da sociedade civil;
- VII. a garantia aos índios e as comunidades indígenas de acesso as ações de nível primário, secundário e terciário do Sistema Único de Saúde - SUS;
- VIII. a participação das comunidades indígenas envolvidas na elaboração da política de saúde indígena, de seus programas e projetos de implementação; e
- IX. o reconhecimento da organização social e política, dos costumes, das línguas, das crenças e das tradições dos índios.

Parágrafo único. A organização das atividades de atenção à saúde das populações indígenas dar-se-á no âmbito do Sistema Único de Saúde e efetivar-se-á, progressivamente, por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, ficando assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas.

Art. 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA.

Parágrafo união. A FUNAI comunicará à FUNASA a existência de grupos indígenas isolados, com vistas ao atendimento de saúde específico.

Art. 4º Para os fins previstos neste Decreto, o Ministério da Saúde poderá promover os meios necessários para que os Estados, Municípios e entidades governamentais e não-governamentais atuem em prol da eficácia das ações de saúde indígena, observadas as diretrizes estabelecidas no art. 2º deste Decreto.

Art. 5º Os arts. 2º e 17 do Anexo I ao Decreto nº 564, de 8 de junho de 1992, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 2º A FUNAI tem por finalidade:

V - apoiar e acompanhar o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde nas ações e serviços destinados à atenção à saúde dos povos indígenas; " (NR)

"Art. 17. À Diretoria de Assistência compete promover e dirigir, em nível nacional, as ações de assistência aos índios nas áreas de proteção aos grupos indígenas isolados, de execução das atividades relativas a prestação, conservação e recuperação do meio ambiente das terras indígenas, de gerência econômica, patrimônio indígena e de desenvolvimento de atividades sociais produtivas, assim como apoiar e acompanhar as ações de saúde das comunidades indígenas, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde." (NR)

Art. 6º Os arts. 1º, 2º e 6º do Decreto nº 1.141, de 19 de maio de 1994, passam a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º As ações de proteção ambiental e apoio às atividades produtivas voltadas as comunidades indígenas constituem encargos da União." (NR)

"Art. 2º As ações de que trata este Decreto dar-se-ão mediante programas nacionais e projetos específicos, de forma integrada entre si e em relação às demais ações desenvolvidas em terras indígenas, elaboradas e executadas pelos Ministérios da Justiça, da Agricultura e do Abastecimento, do Meio Ambiente e da Cultura, ou por seus órgãos vinculados e entidades supervisionadas, em suas respectivas áreas de competência legal, com observância das normas estabelecidas pela Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973." (NR)

"Art. 6º A Comissão Intersectorial será constituída por:

- I. um representante do Ministério da Justiça, que a presidirá;
- II. um representante do Ministério da Agricultura e do Abastecimento;
- III. um representante do Ministério da Saúde;
- IV. um representante do Ministério do Meio Ambiente;
- V. um representante do Ministério da Cultura;
- VI. um representante do Ministério das Relações Exteriores;
- VII. um representante da Fundação Nacional do Índio;
- VIII. um representante da Fundação Nacional da Saúde;
- IX. dois representantes da Sociedade Civil, vinculados a entidades de defesa dos interesses das comunidades indígenas." (NR)

Art. 7º Ficam remanejados, na forma deste artigo e do Anexo I a este Decreto, da Fundação Nacional do Índio - FUNAI para a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, um DAS 101.4; dois DAS 101.3; vinte e quatro DAS 101.1 e quarenta e nove FG-1.

Parágrafo único. Em decorrência do disposto no caput deste artigo, os Anexos LXVIII e LXXIV ao Decreto nº 1.351, de 28 de dezembro de 1994, passam a vigorar na forma dos Anexos II e III a este Decreto.

Art. 8º A FUNASA contará com Distritos Sanitários Especiais Indígenas destinados ao apoio e à prestação de assistência à saúde das populações indígenas.

§ 1º Os Distritos de que trata este artigo serão dirigidos por um Chefe DAS 101.1 e auxiliados por dois Assistentes FG-1.

§ 2º Ficam subordinadas aos respectivos Distritos Sanitários Especiais Indígenas as Casas do Índio, transferidas da FUNAI para a FUNASA, cada uma delas dirigida por um Chefe FG - 1.

§ 3º Ao Distrito Sanitário Especial Indígena cabe a responsabilidade sanitária sobre determinado território indígena e a organização de serviços de saúde hierarquizados, com a participação do usuário e o controle social.

§ 4º Cada Distrito Sanitário Especial Indígena terá um Conselho Distrital de Saúde Indígena, com as seguintes atribuições:

- I. aprovação do Plano Distrital;
- II. avaliação da execução das ações de saúde planejadas e a proposição, se necessária, de sua reprogramação parcial ou total; e
- III. apreciação da prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e serviços de atenção à saúde do índio.

§ 5º Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena serão integrados de forma paritária por:

- I. representantes dos usuários, indicados pelas respectivas comunidades; e
- II. representantes das organizações governamentais envolvidas, prestadoras de serviços e trabalhadores do setor de saúde.

Art. 9º Poderão ser criados, pelo Presidente da FUNASA, no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Conselhos Locais de Saúde, compostos por representantes das comunidades indígenas, com as seguintes atribuições:

- I. manifestar-se sobre as ações e os serviços de saúde necessários a comunidade;
- II. avaliar a execução das ações de saúde na região de abrangência do Conselho;
- III. indicar conselheiros para o Conselho Distrital de Saúde Indígena e para os Conselhos Municipais, se for o caso; e
- IV. fazer recomendações ao Conselho Distrital de Saúde Indígena, por intermédio dos conselheiros indicados.

Art. 10. As designações dos membros dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena e dos Conselhos Locais de Saúde serão feitas, respectivamente, pelo Presidente da FUNASA e pelo Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena, mediante indicação das comunidades representadas.

Art. 11. A regulamentação, as competências e a instalação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas serão feitas pelo Presidente da **FUNASA**, até a publicação do novo Estatuto e do Regimento Interno da Fundação.

Art. 12. Os cargos em comissão e as funções de confiança integrantes das unidades descentralizadas da **FUNASA** serão providos, exclusivamente, por servidores do Quadro de Pessoal Permanente, ativo ou inativo, da Fundação Nacional de Saúde ou, excepcionalmente, do Ministério da Saúde.

§ 1º Além da exigência estabelecida no caput deste artigo, deverão ocupar, ou ter ocupado, no caso de servidor inativo, cargo permanente de nível superior e ter experiência mínima de cinco anos em cargos de direção ou função de confiança no Ministério da Saúde ou em suas entidades vinculadas, os ocupantes dos seguintes cargos:

- I. Coordenador Regional da FUNASA;
- II. Diretor do Instituto Hélio Fraga;
- III. Diretor do Instituto Evandro Chagas; e
- IV. Diretor do Centro Nacional de Primatas.

§ 2º Exceção das disposições deste artigo:

- I. os servidores que, na data da publicação deste Decreto, se encontrem no exercício dos mencionados cargos e funções; e
- II. as nomeações de advogados para os cargos em comissão de Assessor Jurídico das unidades descentralizadas da **FUNASA**, até a realização de concurso público específico.

Art. 13. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 14. Ficam revogados os arts. 11, 12, 13 e 14 do Decreto nº 1.141, de 19 de maio de 1994; e os Decretos nºs 1.479, de 2 de maio de 1995, 1.779, de 9 de janeiro de 1996; e 2.540, de 8 de abril de 1998.

Brasília, 27 de agosto de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Carlos Dias
José Serra
Martus Tavares

21

**Ministerio da Saúde
Gabinete do Ministro**

DOU de 15/09/1999, Sgao 1, p. 33

Portaria nº 1.163/GM, de 14 de setembro de 1999.

Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência a saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

- considerando as competências do Ministério da Saúde como gestor nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme disposto nos artigos 9º, 15 e 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- considerando que a gestão da atenção à saúde para os povos indígenas e de responsabilidade do Ministério da Saúde, como gestor do SUS;
- considerando a necessidade de que a organização da assistência aos povos indígenas seja orientada por suas especificidades étnicas e culturais;
- considerando que os povos indígenas enfrentam situações distintas de risco e vulnerabilidade, além de conflitos em suas relações com a sociedade envolvente;
- considerando a necessidade de assegurar o aperfeiçoamento dos mecanismos de integração entre o Ministério da Saúde, Estados e Municípios,
- considerando a necessidade de assegurar a identificação de responsabilidade na execução das ações de atenção a saúde dos povos indígenas, resolve:

Art. 1º Determinar que a execução das ações de atenção a saúde dos povos indígenas dar-se-á por intermédio da FUNASA, em estreita articulação com a Secretaria de Assistência a Saúde/SAS, em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção a saúde dos povos indígenas.

Art. 2º Estabelecer as seguintes atribuições a Fundação Nacional de Saúde, com relação a saúde dos povos indígenas:

- I. promover a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI, visando facilitar o acesso dos povos indígenas as ações e serviços básicos de saúde, observando os seguintes aspectos:
 - a) a organização de cada distrito deve ser entendida como um processo a ser construído com a participação dos povos indígenas, observando os seus próprios conceitos e práticas relativos as suas condições de viver e morrer;
 - b) cada distrito deverá contar com uma rede hierarquizada de serviços para a atenção básica dentro das terras indígenas;
 - c) o acesso às estruturas assistenciais de maior complexidade, localizadas fora dos territórios indígenas, deverá se dar de forma articulada e pactuada com os gestores municipais e estaduais.
- II. garantir a referência para a atenção a saúde de média e alta complexidade na rede de serviços já existentes, sob gestão do estado ou município;
- III. garantir a participação dos povos indígenas nas instâncias de controle social formalizados em nível dos DSEI, por meio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde;

- IV. conduzir a implantação e operacionalização dos serviços de saúde de atenção básica desenvolvidos nos DSEI;
- V. promover a articulação regional entre os diversos distritos, visando a compatibilização das necessidades de níveis regionais e nacionais, garantindo o funcionamento das Casas de Saúde Indígena de referência regional;
- VI. garantir a disponibilização de recursos humanos em quantidade e qualidade necessárias para o desenvolvimento das ações de atenção a saúde dos povos indígenas, utilizando como uma das estratégias, a articulação com municípios, estados, outros órgãos governamentais e organizações não governamentais;
- VII. realizar acompanhamento, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pelos DSEI;
- VII. promover as condições necessárias para o processo de capacitação dos profissionais de saúde e educação permanente dos agentes indígenas de saúde e dos instrutores/supervisores.

Art. 3º Estabelecer que cabe a Secretaria de Assistência a Saúde - SAS, a organização da assistência a saúde dos povos indígenas, no âmbito nacional, conjuntamente com estados e municípios, a garantia do acesso dos índios e das comunidades indígenas ao Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único: A recusa de quaisquer instituições, públicas ou privadas, ligadas ao SUS, em prestar assistência aos índios configura ato ilícito, passível de punição pelos órgãos competentes.

Art. 4º Para o cumprimento da atribuição de que trata o artigo anterior, a SAS se responsabiliza por:

- I. identificar, nos municípios com áreas indígenas, as estruturas assistenciais de referência para populações indígenas;
- II. viabilizar que estados e municípios de regiões onde vivem os povos indígenas atuem complementarmente no custeio e execução das ações de atenção ao índio, individual ou coletivamente, promovendo as adaptações necessárias na estrutura e organização do SUS;
- III. garantir que as populações indígenas tenham acesso as ações e serviços do SUS, em qualquer nível que se faça necessário, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária a saúde;

Art. 5º instituir o Fator de Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas, destinado às ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde.

§ 1º O incentivo de que trata este artigo, consiste no montante de recursos destinados a apoiar a implantação de agentes de saúde indígena e de equipes multidisciplinares para atenção à saúde das comunidades indígenas.

§ 2º As equipes serão compostas por médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente indígena de saúde e poderão ser operadas direta ou indiretamente pela FUNASA, Estados ou por Municípios.

§ 3º No caso de execução direta por Municípios estes terão o valor correspondente acrescido ao seu teto e transferidos fundo a fundo diretamente pela SAS.

§ 4º Quando a execução das ações for realizada direta ou indiretamente pela FUNASA, a SAS transferirá a esta os valores correspondentes para o financiamento das equipes.

§ 5º A FUNASA informará a SAS a composição das equipes em cada um dos municípios e o início de sua efetividade, para efeito do disposto no parágrafo 1º.

Art. 6° A Secretaria de Assistência a Saúde, em consonância com a FUNASA regulamentará, mediante ato específico, a sistemática para a sua operacionalização e o valor do incentivo de que trata o artigo 5°.

Art. 7° Criar fator de incentivo para a assistência ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico a população indígena.

Parágrafo união: O fator de incentivo do caput deste artigo será destinado para os estabelecimentos hospitalares que considerem as especificidades da assistência a saúde das populações indígenas e que ofereçam atendimento as mesmas, em seu próprio território ou região de referência.

Art. 8° Definir que o fator de incentivo que trata o artigo anterior incidirá sobre os procedimentos pagos através do SIH/SUS, em percentuais proporcionais a oferta de serviços prestados pelo estabelecimento as populações indígenas, no limite de até 30% da produção total das AIH aprovadas.

§ 1° Fica a SAS autorizada a definir os percentuais e as unidades a serem credenciadas para a remuneração adicional.

§ 2° As unidades a que se refere o parágrafo 1° serão definidas pela FUNASA, considerando como critérios, a relação da oferta dos serviços e a população indígena potencialmente beneficiária.

Art. 9° Determinar que a Secretaria Executiva, a Secretaria de Assistência à Saúde e a FUNASA poderão estabelecer, em portarias específicas ou em conjunto outras medidas necessárias a implementação desta portaria.

Art. 10° Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Jose Serra

24

**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro**

Portaria n.º 254, de 31 de Janeiro de 2002

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

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

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

Art. 1- Aprovar a Política Nacional de Atenção A Saúde dos Povos Indígenas, cuja integra consta do anexo desta Portaria e dela e parte integrante.

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

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

José Serra

25