

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Raissa Santiago de Lima

Rio de Janeiro 2013

Raissa Santiago de Lima

ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

Trabalho acadêmico apresentado à Escola Politécnica  
de Saúde Joaquim Venâncio EPSJV/FIOCRUZ,  
com requisito parcial para obtenção do título  
de técnico em Vigilância em Saúde.

Orientador: Paulo Henrique Barbosa de Andrade

Rio de Janeiro 2013

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. JUSTIFICATIVA.....	5
3. OBJETIVOS .....	6
3.1 OBJETIVO GERAL.....	6
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	6
4. PEQUENO HISTÓRICO DO CUIDADO COM A SAÚDE INDÍGENA.....	7
5. CAPITULO 1- 1.1- LEI SOBRE SAÚDE INDÍGENA.....	9
1.2 BASES DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA .....	10
1.3 ESTRUTURA DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA .....	12
6. METODOLOGIA DA PESQUISA.....	17
7. CRONOGRAMA.....	18
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	19

## INTRODUÇÃO

A chamada política indigenista no Brasil acreditava que com o passar do tempo os povos indígenas deixariam de existir, de forma culturalmente diferenciada. Porém, ao invés de desaparecer esta população obteve um crescimento demográfico, após a constituição, se mostrando vivos em suas culturas e ampliando cada vez mais suas pautas de reivindicação por direitos ligados a diferenciação étnica. (GANELO, 2012)

Estima-se que anteriormente no século XVI no início da colonização população indígena era de cerca de 5 milhões de pessoas de diversas etnias. Dentre essas, muitas foram dizimadas por expedições punitivas e contrárias as suas crenças, culturas e à sua resistência. Porém, o principal causador da mortalidade foi às epidemias de doenças infecciosas, que tinham sua virulência e letalidade favorecidas pelas alterações no modo de vida dos indígenas. Essas mudanças foram impostas pela colonização-escavidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e fixação compulsória em aldeamentos e internatos. (Funasa, 2009)

Mesmo havendo uma grande queda no número populacional indígena, tal contingente populacional não veio a se extinguir, pelo contrário, vem recentemente mostrando um crescimento demográfico, sendo hoje 817 mil índios no Brasil, cerca de 0,4% da população brasileira, de acordo com os dados do Censo 2010. Essas minorias étnicas estão distribuídas em 688 terras indígenas e em algumas áreas urbanas.

Um levantamento do Instituto Sócio Ambiental (ISA) computou 241 povos indígenas no Brasil, falantes de mais de 150 línguas diferentes. As populações indígenas estão presentes na maioria dos Estados, com exceção do Rio Grande do Norte e do Piauí. Cerca de 60% dessa população está localizada na Amazônia Legal (GRUPIONI, 2002).

Mesmo com o desenvolvimento da sociedade, tanto no campo tecnológico ou clínico, por exemplo, ainda é existente uma enorme dificuldade para levar atendimento às populações indígenas, seja atendimento básico ou mais complexo, que venha exigir internação ou exames mais sofisticados.

As populações indígenas brasileiras sofrem com um perfil epidemiológico crítico e com alta vulnerabilidade sanitária, isto se dá também pelos casos de doenças infecciosas e parasitárias. A tuberculose, é uma das mais importantes causas de morbi-mortalidade indígena no Brasil (Brasil, 2007). Outra endemia que tem grande importância no perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil, é a malária. Visto que, sua transmissão em terras indígenas é fortemente influenciada pelos movimentos migratórios, em especial aqueles vinculados a projetos governamentais de colonização, atividade madeireira e garimpos. (Brasil, 2007).

Ainda em relação às doenças infecciosas e parasitárias, vale ressaltar também as infecções respiratórias agudas (IRA), em especial a pneumonia, responsáveis pela maioria das consultas, internações e óbitos de crianças indígenas menores de 5 anos de idade no Brasil. (Brasil, 2007).

Após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo Brasil foi identificado que esse sistema não dava conta das especificidades e complexidades dos povos indígenas, visto que obtinham seu modo de vida próprio, local de moradia geralmente afastado dos centros urbanos, seus costumes, suas línguas e crenças peculiares, com isto ficou clara a necessidade de ter no âmbito do SUS, um Subsistema para cuidar da saúde desses povos, que viesse a respeitar suas diferenças étnicas, culturais e organizativas. (MS 2013)

A estrutura desse Subsistema do SUS feito especialmente para as populações indígenas será apresentado no presente trabalho, onde serão mostradas algumas de suas especificidades.

## **JUSTIFICATIVA**

As populações indígenas, sejam brasileiras ou de outros países, possuem uma imensa variedade cultural, social e de vida. As variedades das populações étnicas se expandem também para o campo da saúde, onde há uma necessidade de atenção diferenciada para esta população, em vista disso criou-se o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena, um subproduto do SUS, que se caracteriza pelo fornecimento de atenção básica.

O presente trabalho busca apresentar o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena - SASISUS de forma simplificada, com o objetivo de fornecer compreensão a qualquer leitor sobre esse espaço do Sistema Único de Saúde – SUS, que pouco é lembrado e muitas das vezes desconhecido entre a população brasileira.

## **OBJETIVOS**

- **OBJETIVO GERAL:**

- Apresentar o Subsistema de Atenção à Saúde da população indígena brasileira.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Apresentar um pequeno histórico das lideranças sobre a saúde dos povos indígenas no país.

- Identificar as especificidades do subsistema de Saúde Indígena do SUS.

## PEQUENO HISTÓRICO DA ATENÇÃO COM A SAÚDE INDÍGENA

*Até hoje ao longo de mais de 500 anos, houve conflitos de interesses econômicos e sociais entre os povos indígenas e diversos segmentos da sociedade, especialmente nas questões relacionadas à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento. (Funasa, 2009).*

Frente a isto pode se observar que a população indígena ainda sofre com interesses políticos e econômicos, e é evidente como esse conflito de interesses tem influência sobre a saúde desse povo, pois em vista desses ocorridos, aconteceram diversas mudanças nas lideranças responsáveis pela saúde indígena no país. Desde 2010 a Secretária Especial de Saúde Indígena- SESAI, passou a ser responsável pela saúde indígena. O Ministério da Saúde, órgão federal, principal responsável, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais atuam na execução das ações de Saúde Indígena.

A forma de organização do SUS, é realizada através de um conjunto de esforços federais, estaduais e municipais para a provisão da atenção a saúde, com a existência de três níveis de decisão e de manifestação da autoridade sanitária no país, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. *No âmbito do SUS, persegue-se a ideia de descentralização, na qual o principal produtor de serviços de saúde deve ser o município, cabendo aos órgãos federais a responsabilidade pela normatização, monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas pelos sistemas municipais de saúde. (GARNELO, 2004)*, em vista disso, o princípio descentralizador do SUS entra em conflito com a história das práticas indigenistas no país, onde o principal executor e condutor de políticas públicas dirigidas aos povos indígenas são as instituições do governo federal, onde um único órgão tem responsabilidade principal de execução das ações sobre a saúde indígena.

O atenção com os indígenas começou em 1910, com a criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão era vinculado ao Ministério da Agricultura e destinava-se a proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo na sociedade e o de suas terras no sistema produtivo nacional. Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e o respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, e estabeleceu como privativa da União à competência para legislar e tratar a questão indígena. Hoje a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é o principal órgão responsável pela gestão da Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi), tal gestão prevê uma atuação coordenada, entre diversos órgãos e ministérios, no sentido de realizar as

medidas necessárias ao alcance do seu propósito. Nesse sentido, as Secretárias Estaduais e Municipais devem atuar de forma conjunta na execução das ações de saúde indígena.

(FUNASA, 2009)

*As influências sobre a saúde indígena só seriam plenamente percebidas quase dez anos depois, quando o Ministério da Saúde passou a operacionalizar o subsistema de saúde indígena nessas bases, optando também pelo estabelecimento de redes territorializadas de serviços de saúde, configuradas na forma dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.*

(GARNELO, 2004).

## **CAPITULO 1**

### **1.1 LEI SOBRE SAÚDE INDÍGENA**

Várias mudanças ocorreram no que diz respeito à saúde indígena.

A atuação direta das instituições públicas na política indigenista iniciou em 1910, através do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) este órgão foi criado em decorrência do aumento da mortalidade indígena, decorrente de doenças transmissíveis, expansão de fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e construção de linhas telegráficas e ferrovias. Vinculado ao Ministério da Agricultura, objetivava à proteção indígena e delimitava suas terras no sistema produtivo nacional. Por não possuir uma estrutura adequada, a saúde desses povos continuava desorganizada e esporádica, a prestação de serviços tinha caráter emergencial ou então eram realizados com o objetivo apenas de evitar conflitos. (Sant'ana, R. P, 2012).

Mais tarde, na década de 50, houve um processo de organização através da criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) pelo Ministério da Saúde. Esse processo tinha por objetivo promover ações básicas de saúde à populações indígenas e rural em áreas de difícil acesso. Em 1967 o SPI foi substituído pela FUNAI- Fundação Nacional de Proteção ao Índio, órgão indigenista oficial vinculado ao Ministério da Justiça que coordena ações do governo federal com o objetivo de assegurar os direitos constitucionais dos povos indígenas no país. O modelo de atenção prestada pela FUNAI era o mesmo que o SUSA realizava, o diferencial era que a FUNAI passou a utilizar Equipes Volantes de Saúde (EVS) (Sant'ana, R. P, 2012). Além disso, o SPI e a FUNAI tinham como responsabilidade a prestação de assistência aos povos indígenas nas várias áreas da vida social, como saúde, direitos fundiários, educação, proteção aos conhecimentos tradicionais, desenvolvimento econômicos e outros. (GARNELO, 2012)

Na época as EVS prestavam atendimentos dispersos às comunidades indígenas de sua área de atuação por meio da assistência médica aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local. No entanto, depois de uma crise financeira no país, a FUNAI enfrentou dificuldades na organização de serviços de atenção à saúde. A diversidade das populações indígenas e a dispersão geográfica das comunidades levaram a carência de suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização do sistema de informação em

saúde, além da falta de investimento na qualificação dos funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas (Sant'ana, R. P, 2012).

Um dos aspectos negativos da política indigenista adotada no Brasil foi à prática da tutela, uma medida judiciária que dava o direito de decisão pelas comunidades ao órgão indigenista oficial, tirando dos índios o poder de decisão sobre o rumo de suas vidas. No que diz respeito a saúde, os órgãos indigenistas enfrentaram a falta de suporte técnico e financeiro para o desenvolvimento das ações sob sua responsabilidade, o que resultou em baixa qualidade e insuficiência na assistência sanitária ofertada nas aldeias (Garnelo, 2012).

O cenário que se encontrava a saúde indígena mudou de forma significativa através da Constituição de 1988, que reconheceu os direitos dos povos originários as suas terras, a políticas sociais diferenciadas e adequadas às suas especificidades culturais, à autorepresentação jurídico-política e a representação de suas línguas e culturas. Mesmo que a autonomia dos indígenas ainda esteja limitada pela assimetria social e econômica entre os indígenas e não indígenas, os avanços políticos pela constituição são inegáveis. No campo da saúde, um dos avanços que mais se destaca é a criação do subsistema de saúde indígena.

No início da década de 1990, um conjunto de decretos da Presidência da República retirou da FUNAI parte de suas atribuições nas áreas da saúde, educação e de preservação cultural.

A Lei nº 8.080<sup>1</sup> de setembro de 1990, a qual fundou o Sistema Único de Saúde (SUS), passou a responsabilidade formal e de toda a estrutura de Estado relacionada ao atendimento a saúde indígena, incluindo as unidades de saúde, os funcionários, as funções de confiança e os recursos orçamentários para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão executivo do Ministério da Saúde.

Lei nº 8.080 <sup>1</sup>, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” O capítulo V da norma trata-se do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena.

Tais responsabilidades foram transferidas através do projeto de lei encaminhado pelo parlamentar Antônio Sérgio da Silva Arouca, o projeto veio a ser sancionado em 23 de setembro de 1999 e desde então, em homenagem ao seu fundador, ficou conhecida como “Lei

Arouca” (nº 9.836/99), esta nova legislação foi incluída no capítulo V da Lei 8.080 e a mesma foi fundadora do subsistema de saúde indígena.

## **1.2 BASES DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA**

Antes de falar sobre as questões da saúde indígena deve-se conhecer algumas características do Sistema Único de Saúde (SUS), que deu origem e modelou o subsistema de saúde indígena. Este deve ser entendido como subproduto do SUS.

O SUS é um sistema público de prestação de serviços de saúde para a população brasileira, onde são desenvolvidas atividades no âmbito federal, estadual e municipal. As ações do SUS são direcionadas à promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças (GARNELO, 2012)

O Sistema Único de Saúde é produto da reforma sanitária, iniciada em 1980, onde houve reformas técnicas e políticas. Uma das propostas desta reforma que ganhou notoriedade foi à sugestão de proporcionar atenção à saúde de qualidade para toda a população brasileira, incluindo os grupos que vivem em situação de pobreza e em regiões de difícil acesso, como por exemplo, a população indígena.

A política do SUS foi feita originalmente pelo governo federal e no decorrer do tempo foi se expandindo para os estados e os municípios. A descentralização acarretou na atribuição de responsabilidades aos sistemas municipais de saúde, responsabilidade esta de planejar e executar atividades necessárias para a melhoria dos problemas de saúde da população residente no território municipal. Sendo assim, fica a cargo do governo federal o dever de regulamentar, estimular e avaliar as atividades de saúde de grande impacto populacional. (GARNELO e PONTES, 2012).

A forma original do SUS não fazia referencia a saúde indígena, pois a mesma ainda não estava sob a responsabilidade de órgãos indigenistas.

Uma das características negativas dos SUS, com referencia a saúde indígena é a tendência em priorizar ações de saúde voltadas para as áreas urbanas, havendo dificuldade para adaptar as estratégias de atendimentos em regiões rurais e interioranas.

Até 1990, como já havia mencionado, o dever sobre as questões indígenas estava a cargo da FUNAI, por consequência, o ministério da Saúde não obteve experiência no desenvolvimento de políticas de saúde específicas para as minorias étnicas até o final do século XX. Somente após a criação do subsistema de saúde indígena, em 1999, que as autoridades sanitárias passaram a se preocupar mais com a população indígena.

O reconhecimento de que, o modo de vida indígena tem singularidades, e estas devem ser respeitadas e que o SUS não possui um preparo adequado para atender a elas, levou a proposta de organização de um sistema de saúde específico. Como a estrutura jurídica-política instituída pela reforma sanitária realçava a ideia de um único sistema de saúde, vingou-se assim a proposta de criar um subsistema do SUS, garantindo uma vinculação hierárquica entre essas instancias. Sob essa configuração o subsistema de saúde indígena foi criado em 1999 pela Lei 9.836, conhecida como “Lei Arouca”.

Após a promulgação da Lei Arouca, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão do Ministério da Saúde, recebeu a responsabilidade de coordenar e executar as ações de saúde indígena. Sendo um órgão do governo federal essa entidade dispunha de pouco pessoal próprio para desenvolver suas tarefas, assim optou por subcontratar municípios e organizações não governamentais para realizar ações de saúde em aldeias onde a Funasa não contasse com rede própria. A coordenação nacional do subsistema passou a ser feita pelo Departamento de Saúde Indígena (DESAI), um setor da FUNASA sediado em Brasília. (Garnelo, Macedo e Brandão, 2003)

Mesmo com esta forma de trabalho o Ministério da Saúde não perdeu sua grande parcela de responsabilidade em gerenciar políticas públicas. Em defluência disso, parte do monitoramento ficou a cargo da Secretária de Assistência a Saúde (SAS), que além da responsabilidade de coordenar a assistência à saúde da população brasileira como um todo passou também a exercer este papel junto à população indígena, principalmente na interlocução com os sistemas municipais de saúde.

Não há possibilidade de mencionar a forma descentralizada que funciona o subsistema de saúde indígena sem falar da atuação significativa que as Organizações não Governamentais exercem sobre as minorias étnicas. Estas entidades desde a década de 1990 vem ampliando suas alianças nos movimentos indígenas. Algumas destas ONGs são formadas pelos próprios

índios e tem atuado de forma paralela com entidades de defesa as diferenças étnicas. Essas parcerias, tanto das ONGs indígenas e não indígenas vem proporcionar um desenvolvimento em diversos aspectos da vida social como saúde educação, direito, comunicação social, desenvolvimento econômico e muitos outros.

### **1.3 ESTRUTURA DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA**

A Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI é uma área do Ministério da Saúde criada para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) na estrutura do SUS no Território Nacional. A secretaria recebeu a gestão do SasiSUS à partir do decreto Nº 7.336/MS que veio a público em 2010; esta secretaria antes já havia recebido atribuições desenvolvidas pela FUNASA. Sua principal missão é a gestão da saúde indígena, no sentido de promover e recuperar a saúde, proteger e também orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena-DSEI. A estrutura administrativa da SESAI é composta pelo Departamento da Gestão de Saúde Indígena, Departamento de Saneamento e Edificação da Saúde Indígena e pelo Departamento de Atenção a Saúde Indígena (MS, 2013).

No que se refere à composição da Fundação, ressaltam-se, nas ações de atenção integral a saúde, além dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, tem também as 26 Coordenações Regionais (Cores), que estão instaladas em todos os estados brasileiros, com exceção do Distrito Federal, sede da Funasa. Essas Coordenações tem por obrigação garantir a realização da missão institucional, administração de recursos humanos e bens patrimoniais, a realização de licitação para aquisição de insumos e serviços que viabilizem a assistência aos povos indígenas e a prestação de assessoria jurídica e técnica aos Dseis. (FUNASA, 2009).

A criação da SESAI não retirou da SAS- Secretária de Assistência a Saúde sua responsabilidade no campo da saúde indígena, referente aos sistemas municipais de saúde. (GARNELO, 2012). A SAS tem por dever participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializadas no país, tendo foco nos princípios do SUS.

### 1.3.2 ESTRUTURA DA SAS

Para execução de suas principais ações a SAS é composta pelos seguintes departamentos:

#### **- Departamento De Atenção Básica- DAB**

Este departamento tem como dever desenvolver mecanismos de controle e avaliação dos serviços de atenção primária à saúde e prestar cooperação técnica a estados, municípios e o Distrito Federal, no que diz respeito às ações de atendimento básico, como estratégias de Saúde da Família (ESF) e Saúde bucal, por exemplo. (MS, 2013)

#### **- Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência - DAHU**

*Entre as funções do departamento estão coordenar e avaliar a política de atenção hospitalar do SUS; criar instrumentos técnicos e legais para subsidiar o desenvolvimento, a implantação e a gestão de redes assistenciais temáticas vinculadas ao Departamento; regular e coordenar as atividades do Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos; elaborar, coordenar e avaliar a política de urgência e emergência do SUS e a rede de urgência e emergência; entre outros. (MS, 2013)*

#### **- Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES**

*Ao DAPES compete articular, entre outros, os programas de Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde do Jovem e Adolescente, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Saúde no Sistema Penitenciário, Saúde da Pessoa com Deficiência e a Política Nacional de Humanização (PNH), orientando estados, municípios e o Distrito Federal em sua execução, entre outros.(MS,2013)*

#### **- Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - DRAC**

*É responsável pela elaboração da política de regulação assistencial. Também acompanha e avalia a prestação de serviços assistenciais e define os critérios para a sistematização e padronização das técnicas e procedimentos relativos às áreas de controle e avaliação, além de manter e atualizar um cadastro nacional de estabelecimentos de saúde.(MS, 2013)*

**- Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET**

*A missão do DARAS é a de normatizar, promover e coordenar a organização e o desenvolvimento das ações de atenção especializada em saúde, observados os princípios e diretrizes do SUS; coordenar os processos de elaboração e avaliação da rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS; além de prestar cooperação técnica a Estados, a Municípios e ao Distrito Federal na organização de ações de atenção especializada ambulatorial e temática em saúde e outras funções. (MS, 2013)*

**- Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro - DGH**

*Integra operacional e assistencialmente os serviços de saúde vinculados ao Ministério da Saúde, ampliando sua eficiência e eficácia. Hoje, estão vinculados ao DGH 6 (seis) hospitais federais do Estado do Rio de Janeiro (MS, 2013).*

**Departamento De Certificação De Entidades Beneficentes De Assistência Social Em Saúde - DCEBAS**

*A certificação das entidades beneficentes de assistência social na área de saúde tornou-se competência do Ministério da Saúde a partir publicação da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. Assim, instituiu-se o DCEBAS, que passou a ser o responsável pela análise, controle e acompanhamento dos pedidos de certificação dessas entidades. (MS, 2013)*

**- Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva - INCA**

*O INCA planeja, organiza e executa projetos e atividades relacionados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das neoplasias malignas e afecções correlatas, prestando serviços médico-assistenciais, assim como assiste o Ministro de Estado na formulação da Política Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer. (MS, 2013)*

**- Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad - INTO**

*O INTO tem por objetivo assistir o Ministro de Estado na formulação da Política Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento das Patologias Ortopédicas e Traumatológicas, bem como planejá-la, coordená-la e orientá-la em seus projetos e programas em âmbito nacional, inclusive os ligados à reabilitação. (MS, 2013)*

**- Instituto Nacional De Cardiologia - INC**

*O INC oferece serviços diferenciados na investigação diagnóstica e no tratamento das doenças cardiovasculares. Com base no nível de excelência desses serviços, no ano de 2000, o Instituto tornou-se um centro de referência do Ministério da Saúde para a realização de treinamento, pesquisa e formulação de políticas de Saúde.(MS, 2013)*

### **1.3.2 ESTRUTURA DO DSEI**

*O Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI – é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS. Trata-se de um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado –, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (MS, 2013).*

Ao todo o Brasil conta hoje com 34 DSEIs que estão divididos estrategicamente por critérios territoriais, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Além dos DSEIs, a estrutura do Subsistema conta com postos de saúde, polos base e Casas de Saúde Indígena- CASAIS. As casais não ficam localizadas dentro do território indígena e sim fora.

### **1.3.3 POLO BASE**

Tem por objetivo atender grande parte das demandas das comunidades indígenas. Este setor é a primeira referência para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena que atuam nas aldeias. Cada polo base presta atendimento a um conjunto de aldeias. Ao todo os 34 DSEIs abrigam 351 polos base (MS, 2013).

Os polos base são classificados de acordo com a complexidade de suas ações. São dois tipos de polo base:

Tipo I : Tem sua localização em terras indígenas, obtém atividades previstas para o posto tipo II e possui as seguintes atividades :

- a) capacitação, reciclagem e supervisão dos AIS e auxiliares de enfermagem;
- b) coleta de material para exame;
- c) esterilização;
- d) imunizações (quando se tratar de atividades de rotina);
- e) coleta e análise sistêmica de dados;
- f) investigação epidemiológica;
- g) informações de doenças;
- h) prevenção de câncer ginecológico (exame/coleta/consulta); e
- i) outras atividades compatíveis com o estabelecimento.

Tipo II : Fica localizado em município de referência. Sua estrutura física é de apoio técnico e administrativo à equipe multidisciplinar, não devendo executar atividades de assistência a saúde. As atividades assistenciais serão realizadas em um estabelecimento do SUS no município de referência. Suas atividades são:

- a) armazenamento de medicamentos;
- b) armazenamento de material de deslocamento para outras áreas indígenas;
- c) comunicação via rádio;
- d) investigação epidemiológica;
- e) informações de doenças;
- f) elaboração de relatórios de campo e sistema de informação;
- g) coleta, análise e sistematização de dados;
- h) planejamento das ações das equipes multidisciplinares na área de abrangência;
- i) organização do processo de vacinação na área de abrangência; e
- j) administração.

( MS, 2013)

Figura 1 mostrará o modo como é feito o gerenciamento técnico e político do subsistema.

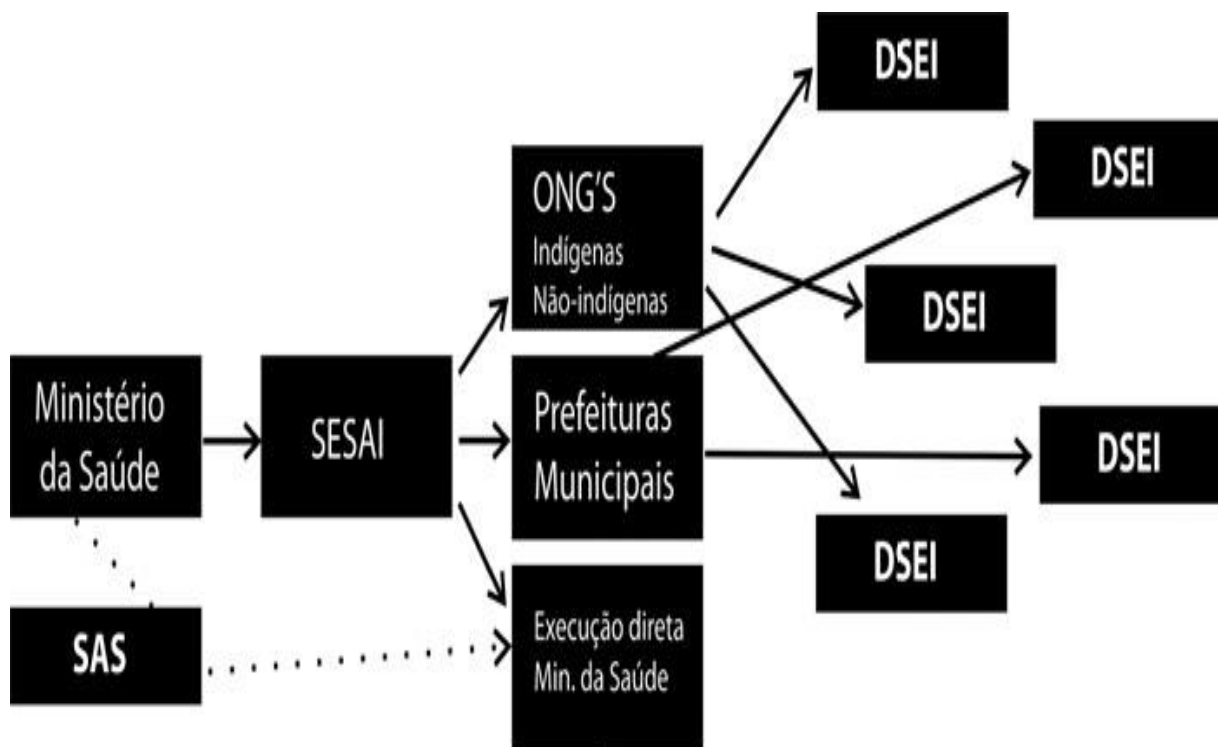


Figura 1: Modelo de gestão do Subsistema de Saúde Indígena

Legenda:

DESAI- Departamento Saúde Indígena

DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena

SAS - Secretaria de Assistência a Saúde

Fonte: Livro Saúde Indígena uma Introdução ao Tema

A distribuição dos distritos sanitários indígenas no Brasil foi feita pensando-se nas características culturais e também na distribuição de terras indígenas, critérios demográficos que corroboraram para a definição de suas localizações e áreas de domínio.

Divisão dos 34 Distritos Sanitários é realizada da forma como é mostrada na Figura 2.

Figura 2- Distribuição dos Distritos Sanitários Indígenas.



Legenda: Imagem retirada do livro Saúde Indígena introdução ao tema.

1. Alagoas e Sergipe – AL/SE
2. Amapá e Norte do Pará – AP/PA
3. Altamira – PA
4. Alto Rio Juruá – AC
5. Alto Rio Purus – AC/AM
6. Alto Rio Negro – AM
7. Alto Rio Solimões – AM
8. Araguaia – GO/MT
9. Bahia – BA
10. Ceará – CE
11. Minas Gerais e Espírito Santo – MG/ES

12. Interior Sul – SP/PR/SC/RS
13. Vale do Javari – AM
14. Kayapó – PA
15. Kayapó – MT
16. Leste de Roraima – RR
17. Litoral Sul – RJ/SP/PR/SC/RS
18. Manaus – AM
19. Guamá-Tocantins – PA
20. Maranhão – MA
21. Mato Grosso do Sul – MS
22. Médio Rio Purus – AM
23. Parintins – AM/PA
24. Pernambuco – PE
25. Porto Velho – RO/AM
26. Potiguara – PB
27. Cuiabá – MT
28. Rio Tapajós – PA
29. Médio Rio Solimões e Afluentes – AM
30. Tocantins – TO
31. Vilhena – RO/MT
32. Xavante – MT
33. Parque Indígena do Xingú – MT
34. Yanomami- RR/AM

Na Figura 3 poderá ser observada a estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena-



DSEI.

Legenda: SESAI/ MS

## **METODOLOGIA**

A metodologia deste trabalho será a de leituras bibliográficas, pesquisas através de sites como da FUNASA e FUNAI, por exemplo, e também boletins informativos da Funasa e banco de dados como o IBGE.

## CONCLUSÃO

Apesar da criação do subsistema indígena significar um avanço para o cuidado dos povos originários do Brasil, a condição de saúde dos índios brasileiros é precária, possuem um perfil epidemiológico adverso e número reduzido de profissionais de saúde, principalmente médicos e dentistas, além disso ainda falta investimentos na formação dos profissionais de saúde que valorizem práticas tradicionais de saúde. A distância de algumas áreas indígenas dos serviços de média e alta complexidade faz o desenvolvimento da saúde nas áreas indígenas ser mais lento, sendo assim prejudicial a esta população. Sendo este trabalho focado principalmente na estrutura do subsistema de saúde indígena, ele fica aberto para uma possível continuidade em sua pesquisa.

**REFERÊNCIA**

- Boletim Informativo Especial- FUNASA, 2009.
- Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 7 n. 2, p. 373-385, jul./out.2009. Formação Técnica de Agentes Comunitários Indígena de Saúde: Uma experiência em construção no Rio Negro.
- Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena /Fundação Nacional de Saúde. - Brasília : Funasa, 2009.
- Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Análise situacional do período de 1990 a 2004, Porto Velho, 2004.
- Saúde Indígena: uma introdução ao tema. / Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes (Org.). - Brasília: MEC-SECADI,2012
- Ciência & Saúde Coletiva, Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil 5(1):125-132, 2000
- Portal do Ministério da Saúde.
- Site do IBGE- Senso 2010