



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
DEPARTAMENTO DE TECNOLOGIA E GESTÃO
CURSO DE TECNOLOGIA EM GESTÃO PÚBLICA

MARLYN SON DA SILVA TENÓRIO

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA POTIGUARA:
UMA FERRAMENTA DE GESTÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO POVO
INDÍGENA

João Pessoa - PB
2016

MARLYN SON DA SILVA TENÓRIO

**DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA POTIGUARA:
UMA FERRAMENTA DE GESTÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO POVO
INDÍGENA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de TCC, junto ao Curso de Tecnologia em Gestão Pública, como requisito parcial para a obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Pública.

Orientador: Prof. Dr. James Vieira Batista

João Pessoa – PB

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T289d Tenório, Marlyson da Silva.

Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara: uma ferramenta de gestão na assistência à saúde do povo indígena / Marlyson da Silva Tenório. – João Pessoa, 2016.

49p. : il.

Orientador: Prof. Dr. James Vieira Batista. Trabalho
de conclusão de curso (Graduação em Tecnologia em Gestão
Pública) – UFPB/CCSA.

Avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso

**Título: Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara:
Uma Ferramenta de Gestão na Assistência à Saúde do Povo Indígena**

Autor: Marlynson da Silva Tenório

Ano: 2016

Nota:

Prof. Dr^o. James Vieira Batista

Orientador

Nota:

Prof. Dr^a Joseneide de Souza Pessoa

Participante da Banca de Avaliação

Nota:

Prof. Dr^a Sabrina de Melo Cabral

Participante da Banca de Avaliação

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém nunca viu. Mas é pensar o que ninguém ainda não pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”
Arthur Schopenhauer

Agradecimentos

Agradeço primeiramente e exclusivamente a meu Deus, depositando nele toda Honra, Glória e Louvor, pois Ele é o único merecedor. Através de sua graça, pude contemplar e sentir todos os dias dessa minha trajetória acadêmica, a força, a coragem e a capacidade, depositadas em mim, enviadas por Ele para me ajudar a cada novo dia.

A minha esposa pelo seu companheirismo, seu amor, seu apoio, neste momento de conquistas e muita dedicação às pesquisas. Por ser paciente tantas vezes nos meus inúmeros momentos de ausência.

Aos meus exemplos, meus pais. Por terem me dado suporte emocional, em especial a minha mãe, única e inigualável, por sempre acreditar em mim, me dando a segurança e a serenidade que tanto preciso. Amo Você.

A minha rainha, minha avó, que tão inspiradora me serviu de exemplo para conseguir realizar este meu sonho, aprovou ao Senhor recolhe-la pra si, mas sua essência ficou presente dentro de mim.

Ao meu professor orientador pelo apoio tão necessário em um momento de grande incerteza e insegurança.

Agradeço ao fato de ter a oportunidade de trabalhar no meio da saúde indígena e de acompanhar de perto a garra e a força deste povo.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho, são os mais sinceros votos de gratidão.

Aos colegas desse Curso de Graduação que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional e aos meus colegas que foram meus ouvintes nas preocupações com a conclusão desse trabalho que me ajudaram dentro de suas possibilidades e conhecimentos na construção deste material de estudo.

Por fim aos inúmeros autores dos diversos artigos que pesquisei, pois contribuíram muito com o meu aprendizado.

GLOSSÁRIO

ABC – Agência Brasileira de Cooperação

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

AIS – Agente Indígena de Saúde

AISAN – Agente Indígena de Saneamento

ASG – Auxiliar de Serviços Gerais

CASAI – Casa de Saúde Indígena

CGDI – Coordenação Geral de Documentação e Informação

CGESP – Coordenação Geral de Gestão de Pessoas

CIMI – Conselho Indigenista Missionário

CIS – Comissão Intersetorial de Saúde

CISI – Comissão Intersetorial de Saúde do Índio

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNSI – Conferência Nacional de Saúde Indígena

CODEP – Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas

CONAB – Companhia Nacional de Abastecimento

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena

COSAI – Coordenação de Saúde do Índio

DATASUS – Banco de dados do Sistema Único de Saúde

DEOPE – Departamento de Operações

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguar

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

EVS – Equipe Volante de Saúde

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HORUS – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica

IAEPI – Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas

IBAMA – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMIP – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome

MI – Ministério da Integração

MP – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

MS – Ministério da Saúde

NES – Núcleo Estadual de Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PEAISPI – Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Indígena

PGR – Procuradoria Geral da República

PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

PROVAB – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

SASISUS – Subsistema de Saúde Indígena

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SIVEP – Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPI – Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais

SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSA – Serviço de Unidades Sanitárias

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TI – Terra Indígena

UOM – Unidade Odontológica Móvel

Lista de Ilustrações

GRÁFICOS:

Gráfico 1: Distribuição Da População Indígena Brasileira Por Região Geográfica

FIGURAS

Figura 1: organograma SESAI

Figura 2: Mapa Nacional Dos DSEI

Figura 3: Modelo De Organização Do Distrito Sanitário Especial Indígena

Figura 4: Mapa Aldeias De Rio Tinto/PB, Marcação/PB E Baía Da Traição/PB

Figura 5: Organograma DSEIs

Figura 6: Cobertura Populacional com Acesso a 4 Escovas e Creme Dental ao Ano.

TABELAS:

Tabela 1: Relação da Terra Indígena

Tabela 2: Perfil De Morbidades Da População Indígena

Tabela 3: Parâmetros para alocação de profissionais de saúde da EMSI, segundo as diretrizes para organização da rede de estabelecimentos de saúde do subsistema de saúde indígena 2015.

Tabela 4: Principais Parceiros Dos Macroprocessos Finalísticos Conduzidos Pela SESAI

RESUMO

Dentre os serviços públicos essenciais, a saúde se destaca sem sombra de dúvidas, e esta requer uma gestão bem estruturada para ser executada a contento. A população indígena necessita de uma assistência à saúde diferenciada, algo que após muitas lutas, foi conquistada, mas que precisa ser aprimorada. A gestão da saúde indígena passou por diversas transformações, desde o ano de 1910 até os dias de hoje. Com a Lei 9.836 de 23 de setembro de 1999 e a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no País, neste mesmo ano, dá início a Política Nacional de Saúde Indígena e remete ao Ministério da Saúde o papel do principal responsável pela sua implementação. Este trabalho tem como objetivo geral conhecer e descrever a articulação de atuação do DSEI POTIGUARA como uma ferramenta de gestão na assistência a saúde do povo indígena Potiguara e Tabajara, localizados em território paraibano, quanto aos objetivos específicos consiste em apresentar um breve histórico da política de saúde para as populações indígenas no Brasil, identificando o aparato institucional existente para a gestão desta política caracterizando a população indígena da etnia Potiguara e Tabajara da Paraíba público, alvo desta pesquisa, conhecer os fluxos de planejamentos identificados no Plano Distrital do DSEI Potiguara para atenção integral a população indígena e identificar e mapear o aparato institucional de gestão da política de atendimento à saúde indígena no território Potiguara e Tabajara do estado da Paraíba e mapear como ocorrem/são prestados os serviços de atenção básica no território do DSEI Potiguara Identificando a participação de organizações da sociedade civil na prestação de serviços de saúde à população indígena no território Potiguara e Tabajara da Paraíba. Esta é uma pesquisa teórica e descritiva, e como método de estudo, foi feito a utilização de uma coleta de dados com posterior análise de documentos oficiais, bem como, pesquisas em sites e na legislação concernente a esta área e publicações técnicas disponibilizadas por meio da base de dados da saúde indígena (SIASI e HÓRUS) publicações técnicas e culturais específicas, a base de dados da saúde indígena (SIASI) e fontes estatísticas do IBGE também tiveram sua importância na construção deste trabalho. Um avanço considerável foi a normatização do SUS, através do Decreto nº.7.508/11, o qual concede a atuação dos DSEI's nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), fato este que colabora expressivamente no aprimoramento do acesso e da atenção integral desta clientela dentro do SUS. Este trabalho buscou o conjunto de ferramentas que norteiam a execução deste serviço, desde a legislação que rege a Política Nacional de Saúde Indígena até o conhecimento dos principais atores envolvidos.

Palavras-chave: saúde indígena, assistência, gestão especial, atenção diferenciada.

ABSTRACT

Among the essential public services, health stands out without a doubt, and this requires a well structured management to be performed satisfactorily. Indigenous people need assistance for differentiated health, which after many struggles, was conquered, but needs to be improved. The management of indigenous health has undergone several transformations, from the year 1910 until the present day. With Law 9836 of September 23, 1999 and the implementation of Special Indigenous Health Districts in the country, in the same year, opened the National Indigenous Health Policy and refers to the Ministry of Health's role primarily responsible for its implementation. This work has as main objective to discover and describe the articulation of the DSEIs Potiguara acting as a management tool in health care of the indigenous people Potiguara and Tabajara, located in Paraiba territory, as the specific objectives is to present a brief history of policy health for indigenous peoples in Brazil, identifying the existing institutional framework for the management of this policy featuring the indigenous population of Potiguara and Tabajara ethnicity of public Paraíba, target of this research, know the plans streams identified in the District Plan DSEIs Potiguara for comprehensive care the indigenous population and to identify and map the institutional framework for the management of indigenous health care policy in the territory Potiguara and Tabajara state of Paraíba and map as they occur / are provided primary care services in the territory of DSEIs Potiguara identifying the participation of organizations civil society in the provision of health services to the indigenous population in the territory Potiguara and Tabajara of Paraíba. This is a theoretical and descriptive, and as a method of study was made using a data collection with subsequent analysis of official documents, as well as research on sites and legislation concerning this area and technical publications available through database of indigenous health (SIASI and HORUS) specific technical and cultural publications, the indigenous health database (SIASI) and IBGE statistical sources also have their importance in the construction of this work. A major step was the standardization of SUS, through Decree nº.7.508 / 11, which grants the work of the Commissions DSEIs's Inter-Regional (CIR), a fact that contributes significantly to improving access and comprehensive care of this clientele within the SUS. This work aimed to the set of tools that guide the implementation of this service, since the legislation governing the National Policy on Indigenous Health to the knowledge of the key players involved.

Keywords: indigenous health, care, special management, special attention

Sumário

1 INTRODUÇÃO	15
2 ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	18
2.1. Histórico referente à saúde indígena no Brasil.....	18
2.2. Controle Social	25
2.3. Conferências de Saúde Indígena	27
3. A SESAI NO PLANO INSTITUCIONAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	27
3.1. A Instituição: Secretaria Especial de Saúde Indígena/MS	27
3.2 DSEIs nos Estados.....	29
4. BREVE HISTÓRIOS DOS INDÍOS DA PARAIBA.	34
4.1. DSEI Potiguara - 28º Distrito	38
5 ORGANIZAÇÃO DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA	40
6 PARTICIPAÇÕES DE ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE À POPULAÇÃO INDÍGENA NO TERRITÓRIO POTIGUARA E TABAJARA DA PARAÍBA.	42
7 CONCLUSÃO	44
8- BIBLIOGRAFIA	49

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, os povos indígenas contam com uma população aproximada de 458.000 pessoas pertencentes a cerca de 220 povos, que falam mais de 180 línguas e pertencentes a 35 grupos linguísticos. A grande maioria da população reside em terras próprias em aproximadamente 3.000 aldeias (LACERDA, 2007).

Esses povos caracterizam-se por estarem inseridos em um cenário de extrema diversidade, não apenas no aspecto étnico e lingüístico, mas pela peculiaridade própria que cada povo tem de maneira de ver e entender o mundo, e de nele se organizar; com diferentes manifestações culturais, sociais, políticas, religiosas, vida produtiva, localização geográfica, narrativa de contato e grau de interação com a sociedade nacional (LACERDA, 2007).

A situação de saúde da população indígena no Brasil apresenta condições distintas com a ocorrência de transformações decorrentes dos fenômenos sociais, econômicos, históricos e ambientais vinculados à estabilização e manifestação de forças demográficas e econômicas da população, em diversas regiões do país. (ESCOBAR, SANTOS, COIMBRA, 2003).

Há décadas os povos indígenas do Brasil, com o apoio de seus aliados e parceiros, vêm discutindo as políticas a serem implementadas para assegurar-lhes vida e saúde. Muitas foram neste tempo as mobilizações do movimento indígena e das organizações que atuam no campo da saúde, com o objetivo de exigir que o Estado brasileiro estruture políticas que possibilitem a atenção diferenciada aos povos indígenas. (CIMI, 2013)

Foi criada então uma Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos indígenas que integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas de Saúde com a Constituição Federal, que reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e seus direitos territoriais.

A proposta dessa política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral de saúde, de acordo com os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos a sua cultura (FUNASA, 2002).

A organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas é prestada por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, enquanto componente do SUS.

Considerado como Subsistema do SUS deve ser descentralizado, hierarquizado e regionalizado. Deve ainda atender de forma obrigatória considerando a realidade local e as

especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo adotado para a atenção à saúde indígena. Deve estar pautado numa abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos assistenciais à saúde, saneamento básico, habitação, nutrição, meio ambiente, demarcação de terras, integração institucional e educação sanitária (MS, 2002).

Para o alcance dessas propostas a saúde indígena conta com organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos–Base no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referências se situam.

Assim o presente estudo tem como objetivo conhecer e descrever a articulação de atuação do DSEI POTIGUARA, orientado para prestar serviços de saúde à população indígena localizadas no território paraibano.

Este estudo inicialmente visava estudar atendimentos especializados de saúde indígena, de alta e média complexidade, procedimentos que vêm após a atenção básica, quando há necessidade. No entanto este autor sentiu a necessidade de esclarecer como funciona o DSEI Potiguara para que o leitor tenha um conhecimento geral de que se trata a saúde diferenciada, uma vez que não adiantaria passar dados relacionados a áreas específicas sem antes elucidar a origem deste serviço. Assim, reflexões sobre tal tema levaram a caracterização do problema a ser estudado. Quais são as condições do acesso à saúde da população indígena da Paraíba com a ocorrência de transformações decorrentes dos fenômenos sociais, econômicos, históricos e ambientais vinculados à estabilização e manifestação de forças demográficas e econômicas desta população em solo paraibano? Com base nesta pergunta caracteriza-se o nosso problema.

Este trabalho tem como objetivo geral conhecer e descrever a articulação de atuação do DSEI POTIGUARA como uma ferramenta de gestão na assistência a saúde do povo indígena Potiguara e Tabajara, localizados em território paraibano.

Quanto aos objetivos específicos os mesmos são os seguintes:

- a) Apresentar um breve histórico da política de saúde para as populações indígenas no Brasil, identificando o aparato institucional existente para a gestão desta política caracterizando a população indígena da etnia Potiguara e Tabajara da Paraíba público, alvo desta pesquisa.
- b) Conhecer os fluxos de planejamentos identificados no Plano Distrital do DSEI Potiguara para atenção integral a população indígena e identificar e mapear o aparato institucional de gestão da política de atendimento à saúde indígena no território Potiguara e Tabajara do estado da Paraíba.
- c) Mapear como ocorrem/são prestados os serviços de atenção básica no território do DSEI Potiguara Identificando a participação de organizações da sociedade civil na prestação de serviços de saúde à população indígena no território Potiguara e Tabajara da Paraíba.

JUSTIFICATIVA

A saúde indígena é um tema central na luta dos povos indígenas pela conquista de seus direitos, em termos de acessos aos serviços, a que eles estão submetidos no Brasil. Para melhor compreensão acerca da realidade brasileira, é necessário resgatar alguns princípios sobre saúde e o entendimento do processo saúde e doença, levando-se em conta as especificidades culturais de cada uma das etnias presentes em solo paraibano.

Segundo os princípios que constam no relatório da III Conferência Nacional de Saúde Indígena realizada em 2001,

[...] cada povo indígena tem suas próprias concepções, valores e formas próprias de vivenciar a saúde e a doença. As ações de prevenções, promoções, proteção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, ressaltando os contextos e o impacto da relação de contato Inter étnico vivida por cada povo[...] pág. 45

Partindo desta compreensão, surgiu a necessidade de entender que o processo saúde e doença é parte integrante de contextos socioculturais e, portanto, deve ser abordado, no âmbito das políticas de saúde, de forma a contemplar a participação social, a intersetorialidade, a integralidade das ações e, sobretudo, a diversidade cultural, em se tratando das populações indígenas.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa teórica e descritiva, a fim de compreender como o DSEI – Potiguara atua como uma ferramenta de gestão na assistência à saúde dos povos indígenas localizados em solo paraibano representados pelas etnias Potiguara e Tabajara.

A apresentação de breve histórico feito por meio da utilização de uma coleta de dados com posterior análise de documentos oficiais, bem como, pesquisas em sites e na legislação concernente a esta área.

O conhecimento do fluxo de planejamento contidos no plano distrital será viabilizado através de entrevistas de atores cruciais na gestão de saúde indígena: a Coordenadora do DSEI Potiguara, e a Chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena. A

identificação e o mapeamento serão viabilizados com base em dados dos órgãos e entidades responsáveis.

O mapeamento de como ocorrem e são prestados os serviços de atenção básica no território do DSEI Potiguara foi feito através das Publicações técnicas disponibilizadas por meio da base de dados da saúde indígena (SIASI e HÓRUS) e através de documentos técnicos dos programas de assistência à saúde, acompanhados pelo DSEI.

A identificação da participação de organizações da sociedade civil na prestação de serviços de saúde à população indígena no território Potiguara e Tabajara da Paraíba foi feita por intermédio da busca a caracterização do ambiente de interações (institucionais, administrativas, políticas, interpessoais) entre os diferentes agentes públicos e da sociedade envolvidos na política de atenção à saúde indígena.

Publicações técnicas e culturais específicas, a base de dados da saúde indígena (SIASI) e fontes estatísticas do IBGE também tiveram sua importância na construção deste trabalho.

2 ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

2.1. Histórico referente à saúde indígena no Brasil

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

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

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do século XX, a expansão

das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se a proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional (FUNASA, 2002).

Uma política indigenista começou a se esboçar com inspiração positivista, em que os índios, considerados num estágio infantil da humanidade, passaram a ser vistos como passíveis de "evolução" e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas. A assistência à saúde dos povos indígenas, no entanto, continuou desorganizada e esporádica. Mesmo após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de "pacificação" (FUNASA, 2002). Na década de 50, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis (FUNASA, 2002).

O SPI, em 1943, aumentou suas funções assistenciais e criou um serviço de saúde a fim de atender às demandas dos índios. Apesar do avanço no plano legislativo com a aprovação do Decreto-Lei nº 10.652/1942 que enfatizava a preservação, o desenvolvimento e a conservação do patrimônio indígena (terras e recursos naturais de posse dos índios), a assistência prestada pelo SPI aos povos indígenas se manteve quase inalterada. Os índios continuaram a morrer por doenças evitáveis, as terras sendo invadidas e a violência crescendo.

A escassez de recursos financeiros, a insuficiência de pessoal capacitado e o reduzido apoio jurídico não permitiram garantir a assistência preconizada pelas diretrizes dessa política (FUNASA, 2002).

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que, baseando-se no modelo de atenção do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem (FUNASA, 2002).

A FUNAI, após a crise financeira do Estado brasileiro pós-milagre econômico da década de 70, teve dificuldades de diversas ordens para a organização de serviços de atenção à saúde que contemplassem a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades: carência de

suprimentos e capacidade administrativa de recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde, falta de planejamento das ações e organização de um sistema de informações em saúde adequado, além da falta de investimento na qualificação de seus funcionários para atuarem junto a comunidades culturalmente diferenciadas (FUNASA, 2002).

Para o Conselho Indigenista Missionário – CIMI (1999), a FUNAI não oferecia atenção integral e preventiva, específica e de qualidade a todos os povos indígenas, não respeitando a sua medicina tradicional. E, durante o regime militar, foi omissa no enfrentamento das principais causas das doenças nas comunidades indígenas, ou seja, nada fez quanto à expulsão dos índios ou ao seu confinamento em ínfimas porções de terra, expondo-os à violência física e cultural, às invasões de garimpeiros, fazendeiros e madeireiros, e à implantação de grandes projetos (hidrelétricas, rodovias, etc.) em suas terras (FUNASA, 2002).

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

Para debater a saúde indígena, especificamente, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. Essas duas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações (FUNASA, 2002).

Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde. Foi então criada, no Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde do Índio - COSAI, subordinada ao Departamento de Operações - DEOPE - da Fundação Nacional de Saúde, com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena (FUNASA, 2002).

No mesmo ano, a Resolução nº 11, de 13 de outubro de 1991, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), tendo como principal atribuição assessorar o CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena. Inicialmente sem representação indígena, os próprios membros da CISI reformularam sua composição e, com a saída espontânea de representantes do CNS, da Secretaria de Meio Ambiente, dentre outros, abriram-se 4 das 11 vagas para representantes de organizações indígenas (FUNASA, 2002).

Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, em 19 de maio de 1994 o Decreto Presidencial nº 1.141/94 constitui uma Comissão Intersetorial de Saúde - CIS, com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da FUNAI. O decreto devolve, na prática, a coordenação das ações de saúde à FUNAI. A CIS aprovou por intermédio da Resolução nº 2, de outubro de 1994, o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", que atribuía a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e a prevenção, ao Ministério da Saúde, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias (FUNASA, 2002).

Com a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), no Ministério da Saúde, em 1990, resultante da fusão entre a Fundação SESP e a SUCAM, começa a organização dos DSEI – Distritos Sanitários Indígenas apontados como modelo de gestão satisfatório na 2ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1993 (CONASS, 2014).

A FUNASA e a FUNAI, então dividiu a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena (FUNASA, 2002).

Em 1997, a CISI denunciou à Procuradoria Geral da República (PGR) a situação crítica da Saúde Indígena. A PGR emite um parecer determinando que o Ministério da Saúde assumisse a Saúde Indígena.

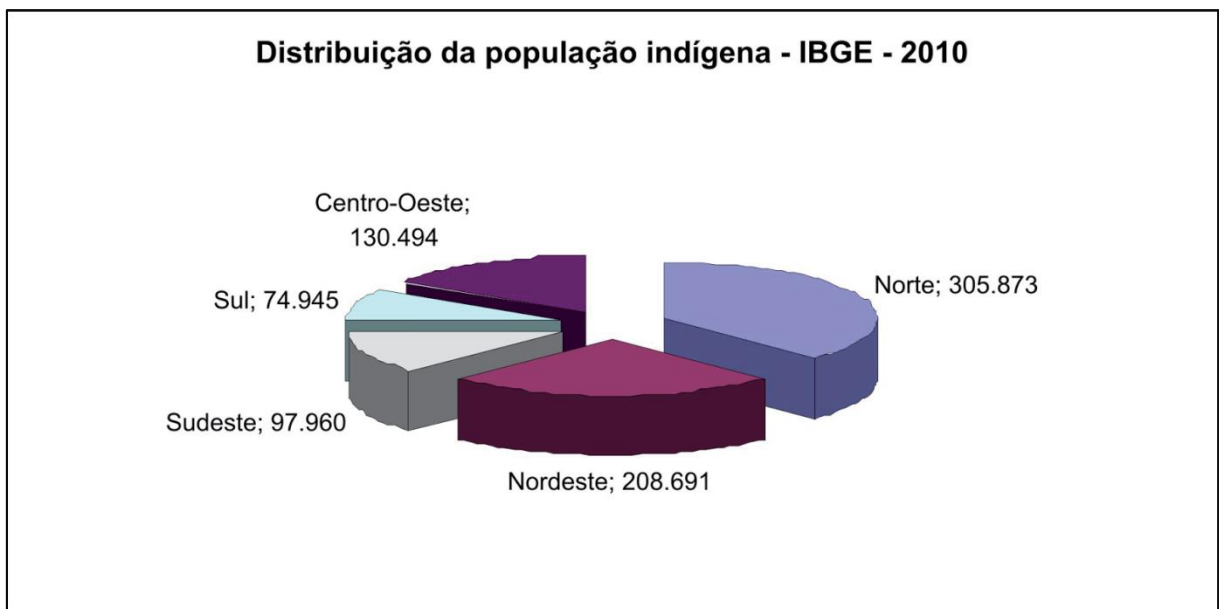
Até 1999, desenrola-se uma discussão jurídica sobre a figura institucional a ser responsabilizada pela saúde indígena, a qual termina por confirmar a FUNASA e criar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena dentro do SUS, o SASISUS (CONASS, 2014).

Em 1999, é aprovada a Lei nº. 9.836 (23/09/99), criando o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), com isso, a responsabilidade da Saúde Indígena passa a ser da União, por meio da FUNASA (Decreto nº. 3.156 (27/09/99) e o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) passa a ser o modelo central da gestão da saúde indígena.

As denúncias de precariedade no atendimento eram constantes, embora avançasse a organização dos DSEI, principalmente pela dificuldade em conseguir profissionais que permanecessem nas comunidades indígenas, prestando atenção primária em saúde (CONASS, 2014).

Também pela ausência de uma política de contratação de Recursos Humanos, tentou-se que os municípios implantassem equipes de saúde da família, o que não alcançou a cobertura devida, até pelo elevado número de aldeias: são 4.950, segundo informação da SESAI/MS (CONASS, 2014).

Gráfico 1 - Distribuição Da População Indígena Brasileira Por Região Geográfica



Fonte: IBGE 2010

Essas dificuldades levaram à formação de um grupo de trabalho, em 2008, após a realização de seminário em Brasília, encarregado de elaborar propostas para um novo modelo de atenção à saúde indígena (CONASS, 2014).

As conclusões pediam autonomia para os DSEI e criação de uma Secretaria Especial de Saúde Indígena, no âmbito do Ministério da Saúde (antes, havia sido refutada a proposta de ter

um departamento dentro da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, que não chegou a ser criada) (CONASS, 2014).

No dia 24/03/2010 ocorreu a edição da Medida Provisória n°. 483, convertida na Lei n°. 12.314, de 19/08/2010, que autorizou a criação, no Ministério da Saúde, de uma nova Secretaria, bem como, modificou a Lei n°. 8.745/93, ampliando o prazo para contratação temporária para até 4 anos e autorizando o PR a criar tabela especial de remuneração para trabalho com saúde indígena.

Em 20/10/2010 é publicado o Decreto n°. 7.336/2010, criando, na estrutura do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI e transferindo as ações de saúde indígena da Funasa para esta Secretaria.

O novo modelo de gestão da saúde indígena passou a partir de então a contar com uma secretaria especial, vinculada diretamente ao Ministério da Saúde e de caráter executivo, que deveria atuar de forma descentralizada por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).

Segundo o (CIMI, 2013), as atribuições da SESAI estão:

- ✓ Criar as condições necessárias para que os distritos tenham autonomia administrativa e financeira e sejam, com isso, transformados em unidades gestoras do SUS;
- ✓ Garantir orçamentos próprios e administrados através dos Fundos Distritais de Saúde;
- ✓ Ter um plano de carreira específico para os profissionais de saúde indígena, com condições trabalhistas adequadas às complexas e diferentes realidades dos DSEIs;
- ✓ Assegurar que os chefes ou coordenadores dos distritos sejam aprovados pelos conselhos distritais;
- ✓ Garantir que o controle social seja efetivo, com participação indígena legítima em todas as instâncias de decisão;
- ✓ Formar um quadro estável de recursos humanos (servidores públicos), adequado às necessidades estratégicas da gestão, através de concurso público diferenciado e que assegure a participação indígena nos processos de seleção;
- ✓ E assegurar que no órgão gestor da saúde indígena os servidores tenham perfil técnico independente das ingerências políticas (CIMI, 2013).

Ainda assim continuam os debates sobre como operar a atenção à saúde indígena e, infelizmente, esta permanece em condições precárias, em muitos locais, com características itinerantes ou por demanda, de forma fragmentada (CONASS, 2014).

O campo contemporâneo da Saúde Indígena no Brasil é de transformações. As descrições referentes à criação e implantação da Secretaria Especial de Saúde Indígena no âmbito do Ministério da Saúde resultando na transferência das ações da FUNASA para este órgão é o acontecimento que possivelmente indicará renovadas direções para a Saúde Indígena, como, por exemplo, uma concreta integração entre o Subsistema e o SUS.

Sistema de Saúde é o conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações (PAIM J, 2009).

Esta afirmação nos faz entender que o sistema de Saúde deve focalizar não só a recuperação da saúde, como também, e principalmente a prevenção, requerendo para isto, um planejamento estratégico, força de trabalho qualificada e recursos financeiros específicos e prioritários. (PAIM J, 2009)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros (PORTAL SAÚDE, 2013).

Para CUNHA e CUNHA (2001), o SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública”, ou seja, é atribuída ao poder público a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde, independentemente da execução direta do mesmo.

De acordo com TEIXEIRA (2000), o Modelo de Atenção à Saúde consiste no Conjunto de saberes e tecnologias (materiais ou não) utilizadas na intervenção nos problemas e necessidades de saúde das pessoas e da população.

A Constituição da República Federativa do Brasil reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais, bem como, estabelece seus direitos sociais, sendo principais os artigos 231 e 232 do capítulo VIII (Dos Índios) do Título VIII (Da ordem social). Estes direitos são reafirmados pela Convenção nº. 169, da Organização Internacional do Trabalho - OIT, ratificada pelo Brasil em 2003.

Para a reestruturação da Atenção à Saúde Indígena, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria de nº. 254 de 31 de janeiro de 2002, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, integrada à Política Nacional de Saúde, compatibilizando as

determinações das Leis Orgânicas da Saúde juntamente as da Constituição Federal, que reconhecem aos Povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais (FUNASA, 2002).

A implementação desta Política requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços, voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania no campo da saúde (FUNASA, 2002).

O objetivo desta Política é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política. Deste modo, beneficia a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior relevância e qualidade entre os brasileiros, certificando a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (FUNASA, 2002).

A Política de Saúde Indígena adota o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) como modelo de organização dos serviços, que é definido por critérios geográficos, operacionais, antropológicos e epidemiológicos, para a atenção à saúde dos povos indígenas; reunindo as terras indígenas e os municípios; sendo da responsabilidade da SESAI, compreendendo o direito preferencial para os povos indígenas. O fluxo de atendimento nos serviços de saúde do DSEI deve ser a partir da atenção prestada pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), nas aldeias, através de atendimento nos postos de saúde e por meio de visitas domiciliares, juntamente com demais membros da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena-EMSI (FUNASA, 2002).

2.2. Controle Social

Todo cidadão, independente de raça ou cor, tem o direito e dever de acompanhar o desenvolvimento das organizações que prestam serviços públicos, uma vez que estes são financiados com recursos fiscais provenientes de impostos pagos por toda a sociedade. (CISI 2005)

A participação da comunidade na gestão do SUS está garantida pela Lei nº. 8.142, de 28/12/1990, através das Conferências de Saúde, que se reúnem a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes: municipal, estadual e nacional e dos Conselhos Nacional, Estadual e Municipais de Saúde paritários (50%

de usuários), com reuniões mensais, com o objetivo de deliberar políticas e controle social. (SESAI – 2012)

A referida Lei também dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

O Controle Social na saúde indígena começou paralelamente ao movimento da Reforma Sanitária em 1986, com reivindicações constantes e sistemáticas dos indígenas ao governo e a sociedade nacional devido ao agravamento progressivo das condições de saúde deste povo, caracterizado por altos índices de morbimortalidade e pela oferta inadequada e ineficaz dos serviços de saúde (BITTENCOURT, 2005).

O artigo 196 da Constituição Federal dispõe que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI, o controle social nos DSEIs deve ser realizado por meio de Conselhos Locais de Saúde e dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena. No âmbito nacional, o controle social dar-se-á pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), assessorado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI). A CISI é integrada por instituições públicas, organizações não governamentais e organizações representativas dos povos Indígenas e tem por finalidade acompanhar a implementação da PNASPI. Tendo como propósito participar da formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, a PNASPI assegura a participação da população indígena nos organismos colegiados, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2002).

A atribuição fundamental dos Conselhos Distritais é a aprovação do Plano Distrital de Saúde, acompanhamento e avaliação de sua execução, inclusive a aplicação dos recursos. Todos os Conselheiros Distritais participam das etapas de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de atenção à saúde indígena (BRASIL, 2006).

Os Conselhos Distritais são formados de acordo com os preceitos da Lei nº. 8.142/90, contemplando a composição paritária de 50% de usuários indígenas e de 50% de representantes de organizações governamentais (FUNASA, FUNAI, SES, SMS), prestadores de serviços e Organizações Não Governamentais (ONGs) e trabalhadores do setor saúde. Sendo indicado para todas as vagas Titular e Suplente (BRASIL, 2002).

2.3. Conferências de Saúde Indígena

A primeira Conferência Nacional de Saúde indígena, realizada em 1986 foi um marco para o diálogo sobre o atendimento prestado pelo Governo Federal aos indígenas no Brasil. Prioridades definidas nesta conferência foram pilares para construção da Constituição Cidadã em 1988, no que se refere ao atendimento de saúde às populações indígenas (5ªCNSI, 2014).

Outras três conferências foram realizadas desde então, com a última em 2006. As três primeiras edições da CNSI, realizadas em 1986, 1993 e 2001 foram fundamentais para a elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada em 2002 e em vigor até hoje (5ªCNSI, 2014). Na 4ª CNSI, realizada em 2006, os delegados aprovaram diretrizes para que o governo buscasse uma nova forma de oferecer saúde aos povos indígenas, o que culminou com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, em outubro de 2010 (5ªCNSI, 2014).

Depois de sete anos, foi realizada a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (5ª CNSI), convocada pelo Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, a mesma teve como objetivos avaliar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada em 2002 e em vigor, bem como manter ou redefinir as diretrizes que a integram para atualização ou modificação desta política. O relatório final desta conferência ainda não foi divulgado.

3. A SESAI NO PLANO INSTITUCIONAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

3.1. A Instituição: Secretaria Especial de Saúde Indígena/MS

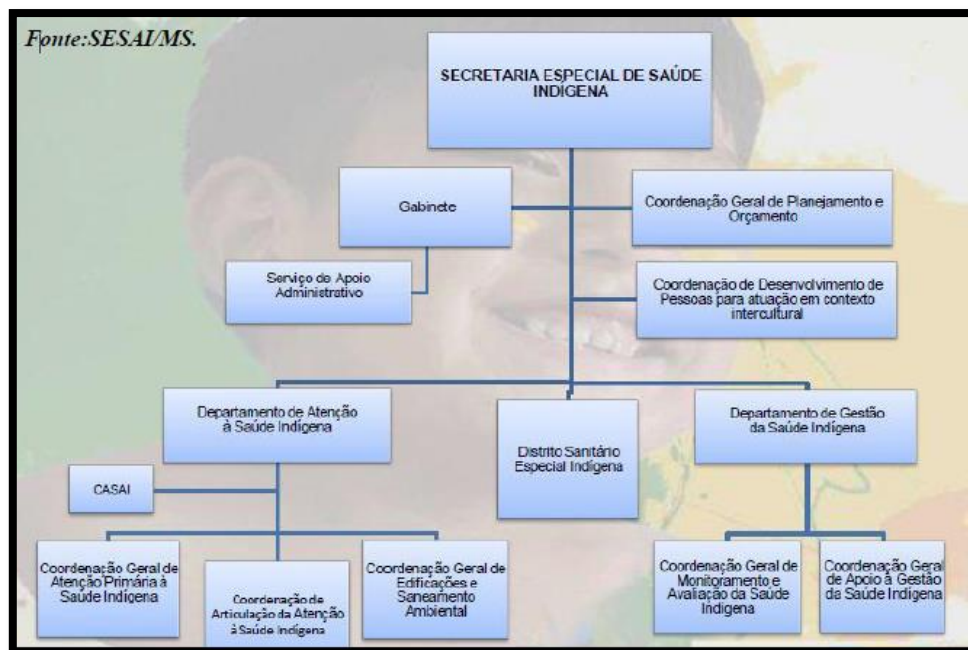
O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros (PORTAL SAÚDE, 2014).

É função do ministério dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro (PORTAL SAÚDE, 2013).

A Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI – é a área do Ministério da Saúde criada para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde – em todo o Território Nacional. A SESAI tem como missão principal o exercício da gestão da saúde indígena, no sentido de

proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI, em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde – SUS (PORTAL SAÚDE, 2013).

Figura 1: Organograma SESAI



Fonte: SESAI/Ministério da Saúde

As competências da SESAI são as seguintes:

- I** - coordenar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas mediante gestão democrática e participativa;
- II** - coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a proteção, a promoção e recuperação da saúde dos povos indígenas;
- III** - orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, perfil epidemiológico e condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI, em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde - SUS;

IV - coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena;

V - promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;

VI - promover o fortalecimento e apoiar o exercício do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, por meio de suas unidades organizacionais;

VII - identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena;

VIII - estabelecer diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saneamento ambiental e de edificações nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

O MS, por meio da SESAI, também vem intensificando as ações de imunização, com a realização do Mês da Vacinação dos Povos Indígenas em todos os DSEI. Os dados disponíveis indicam que 70% das crianças menores de 7 anos apresentavam esquema vacinal adaptado para a saúde indígena completo (5ª CNSI, 2013).

No atendimento à saúde bucal, o principal destaque é a implantação do Programa Brasil Sorridente Indígena, que tem como objetivo levar ações de saúde bucal de qualidade, de forma integral e pioneira. O Ministério da Saúde adquiriu 25 Unidades Odontológicas Móveis (UOMs) para atendimento à saúde bucal da população indígena aldeada em 2012 (5ª CNSI, 2013).

3.2 DSEIs nos Estados

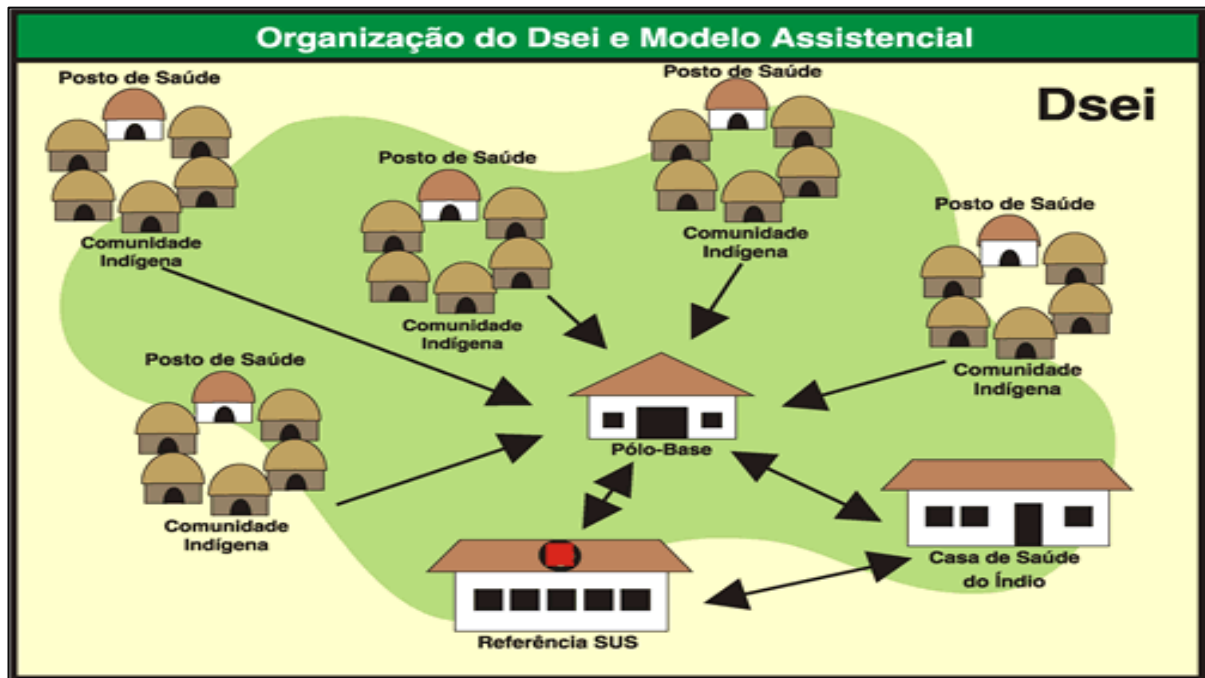
Segundo Athias; Machado (2001, p.427), a noção de Distrito Sanitário Especial Indígena deve:

Estar centrada na organização da prestação de serviços de saúde pertinentes a cada realidade étnica, de forma que as ações decorrentes sejam eficazes para determinada população indígena, sendo fundamental a participação das diversas instâncias organizativas indígenas na formulação das políticas do setor. As experiências deveriam apontar os problemas no nível organizativo, cuja resolução deveria ser encontrada no local.

A figura abaixo mostra o modelo organizacional do DSEI in loco, em cada terra indígena, existe um polo base, lugar com estrutura de USB, onde ocorrem todos os atendimentos de Unidade Básica do SUS, e os encaminhamentos dos pacientes para os locais de referencia do SUS, dentro de cada aldeia, existem os postos de saúde, onde as EMSI fazem seus atendimentos à população em alguns Estados como Maranhão, Amazonas, por serem

localizados em aldeias longes dos locais de referência do SUS, existem as CASAIS, que tem estruturas de UPA. (SESAI 2013)

Figura 3 – Modelo De Organização Do Distrito Sanitário Especial Indígena.



Fonte: www.funasa.gov.br

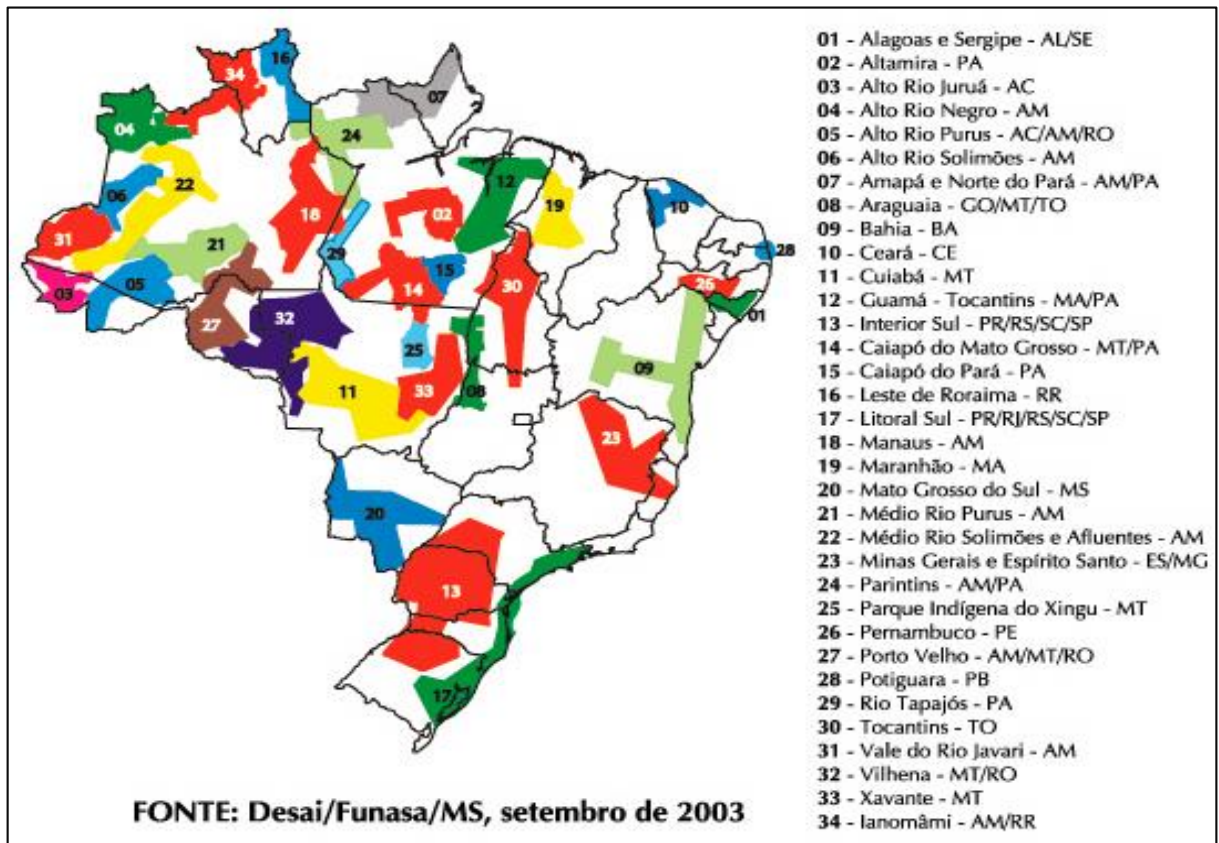
O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Trata-se de um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com o Controle Social (PORTAL SAÚDE, 2015).

O Art. 50, do Decreto nº. 8.065, de 07/08/13, dispõe que aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas compete:

I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar, avaliar e executar as atividades do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS, nas suas áreas de atuação, observadas as práticas de saúde e as medicinas tradicionais; e

II - desenvolver as atividades de execução orçamentária, financeira e contábil relativas aos créditos sob a gestão específica de cada Distrito Sanitário Especial Indígena.

Figura 2 – Mapa Nacional Dos DSEI



Fonte: DESAI/FUNASA/MS, setembro de 2003

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está organizado na forma de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), conforme mostra figura 2 acima e como um subsistema em perfeita articulação com o Sistema Único de Saúde, atendendo as seguintes condições:

- ✓ Considerar os próprios conceitos de saúde e doença da população e os aspectos intersetoriais de seus determinantes;
- ✓ Ser construído coletivamente a partir de um processo de planejamento participativo;
- ✓ Possuir instâncias de controle social formalizados em todos os níveis de gestão.

O DSEI é uma unidade organizacional da FUNASA e deve ser entendido como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, enfeixando conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, articulado com a rede do Sistema Único de Saúde - SUS, para referência e contra referência, composto por equipe mínima necessária para executar suas ações e com controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde.

Os territórios distritais foram definidos num processo de construção com as comunidades indígenas, profissionais e instituições de saúde. A definição destas áreas se pautou não apenas por critérios técnico-operacionais e geográficos, mas respeitando também a cultura, as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, o que necessariamente não coincide com os limites de Estados e/ou Municípios onde estão localizadas as terras indígenas.

Cabe ao Distrito Sanitário organizar a rede de serviços da Atenção Básica de Saúde, respeitando os princípios do SUS, de forma integrada, articulada, resolutiva e com equidade.

Também cabe ao Subsistema de Saúde indígena articular técnica e politicamente com os outros níveis de assistência oferecidos pela rede SUS, municipal, estadual e nacional e a responsabilidade de qualificação e eleição do perfil dos profissionais das equipes de Saúde, respeitando um Plano Distrital de Saúde e o Planejamento das Ações Necessárias para cada realidade local.

A participação das comunidades indígenas deve estar constantemente em pauta nas ações de saúde, seja no momento de planejar até o momento da avaliação das ações e serviços realizados.

A Constituição Federal definiu que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” e a Lei Federal 8.080/1990 prevê em seu artigo 7º que são princípios do sistema entre outros:

- I. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. Equidade é um princípio de justiça social porque buscar diminuir desigualdades. Isto significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.
- III. Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema;
- IV. Descentralização e comando único: um único gestor responde por toda a rede assistencial na sua área de abrangência, conduzindo a negociação com os prestadores e assumindo o comando das políticas;
- V. Resolutividade é a capacidade de dar uma solução aos problemas do usuário do serviço de saúde de forma adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-o aonde as suas necessidades possam ser atendidas conforme o nível de complexidade;

- VI. A regionalização é a aplicação do princípio de territorialidade, com foco na busca de uma lógica sistêmica, evitando a atomização dos sistemas locais de saúde. A hierarquização é a expressão desta lógica, buscando entre outros objetivos, a economia de escala;
- VII. Participação popular, como forma de garantir a efetividade das políticas públicas de saúde e como via de exercício do controle social.

Como foi dito anteriormente cabe aos DSEI à responsabilidade de organizar a rede de Atenção Básica oferecida às populações indígenas, e por Atenção Básica, a Portaria 648 define:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da humanização, da equidade e da participação social. (CONASS, 2007).

A Atenção Básica é entendida como o primeiro nível de assistência no SUS e inclui procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender grande parte dos problemas da comunidade local. Significa também a “base orientadora do sistema”, a “porta de entrada”.

Já a média complexidade ambulatorial “é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos, para apoio diagnóstico e tratamento” (CONASS, 2003).

Em se tratando da alta complexidade

Esta é definida pelo Ministério da Saúde como: conjuntos de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar a população acessam a serviços qualificados, integrando os demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Em seu capítulo V – Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a Lei 8.080 define que:

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

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) passou por inúmeras dificuldades para sua implantação desde a sua criação em 1999, sendo um dos grandes desafios a organização da sua gestão a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), esses como unidades descentralizadas responsáveis pela execução das ações e dos serviços de atenção básica a esses povos e, mais recentemente, do saneamento básico nas aldeias (5ª CNSI, 2013).

4. BREVE HISTÓRIOS DOS INDÍOS DA PARAIBA.

Populações indígenas

Antes da chegada dos portugueses aqui na América e a consequente ocupação do território brasileiro, a Paraíba já era habitada por grupos indígenas que ocuparam primeiramente o litoral; pertencia a grande tribo **Cariri** e vieram provavelmente da região amazônica.

Devido à sua agressividade, foram chamados de **tapuias** por outros nativos, o que significa inimigos. Por volta de 1500 chegaram novas famílias indígenas, pertencentes à **Nação Tupi-Guarani**: eram os **Potiguaras**, emigrados do litoral maranhense e que se situaram na parte norte do litoral paraibano, desde as proximidades da Baía da Traição até os contrafortes da Borborema, de onde moveram guerra aos Cariris; o resultado foi o deslocamento destes últimos, para as regiões sertanejas.

Na época da conquista da Paraíba – segunda metade do século XVI – chegaram outros silvícolas, dessa vez pertencente à tribo Tabajara, também de origem Tupi-Guarani, mas logo se tornaram inimigos tradicionais dos Potiguaras, fixando-se na várzea do rio Paraíba.

Na segunda metade do século XVII, a maior parte da população ainda era constituída de índios.

O nível de civilização do índio paraibano era considerável. Muitos sabiam ler e conheciam ofícios como a carpintaria. Esses índios tratavam bem os jesuítas e os missionários que lhes davam atenção.

A maioria dos índios estava de passagem do Período Paleolítico para o Neolítico. A língua falada por eles era o tupi-guarani, utilizado também pelos colonos na comunicação com os índios. O tupi-guarani mereceu até a criação de uma gramática elaborada pelo Padre **José de Anchieta**. (Pinto (1935)

Os Cariris

Os índios Cariris se encontravam em maior número que os Tupis e ocupavam uma área que se estendia desde o planalto da Borborema até os limites do Ceará, Rio Grande do Norte e Pernambuco. Os Cariris eram índios que diziam ter vindo de um grande lago. Estudiosos acreditam que eles tenham vindo do Amazonas ou da Lagoa Maracaibo, na Venezuela.

A Nação Cariri dividia-se em várias tribos das quais citaremos apenas as que existiam em território paraibano e proximidades. Esses grupos na Paraíba eram os seguintes: **Paiaucus, Icós, Sucurus, Ariús, Panatis, Canindés, Pegas, Janduis, Bultrins e Carnoiós**. Destes, os Tapuias Pegas ficaram conhecidos nas lutas contra os bandeirantes. (Pinto (1935))

Os Tupis

Os Tupis habitavam a zona mais próxima ao litoral e estavam divididos em Potiguaras e Tabajaras.

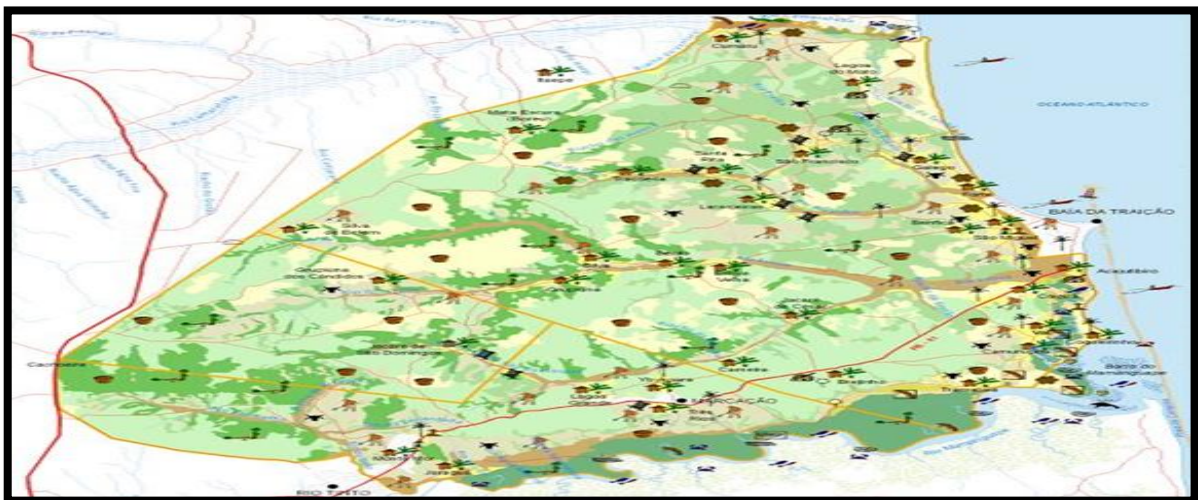
- a) **Tabajaras:** Na época da fundação da Paraíba, os Tabajaras formavam um grupo de aproximadamente cinco mil pessoas. O seu nome indicava que viviam em tabas ou aldeias. Eram sedentários e de fácil convívio. A aliança que firmaram com os portugueses foi de grande proveito para os índios quando da conquista da Paraíba e fundação de João Pessoa. Todos os aldeamentos ao sul do Cabo Branco pertenciam a indígenas dessa tribo e deram origem a muitas cidades e vilas, como, Aratagui (Alhandra), Jacoca (Conde), Piragibe (João Pessoa), Tibiri (Santa Rita), Pindaúna (Gramame), Taquara, Acaú, Pitimbu. Os Tabajaras parecem ter deixado o território paraibano em 1599. (Pinto (1935))
- b) **Potiguaras:** Eram mais numerosos que os Tabajaras e ocupavam uma pequena região nos limites do Rio Grande do Norte com a Paraíba. Estavam localizados na parte norte do rio Paraíba, curso do rio Mamanguape e serra da Copaoba, foram rechaçados para o Rio Grande do Norte e aldeamentos na Bahia de Traição, onde ainda hoje se encontram seus remanescentes. (Pinto (1935))

Esses índios locomoviam-se constantemente, deixando aldeias para trás e formando outra. Com esta constante locomoção os índios ocuparam áreas desabitadas. Da serra da Copaoba, para o Sul, excetuando-se as aldeias estabelecidas no litoral, ao que parece, em

nenhum ponto se fixaram. Toda a região do Agreste Acatingado que se estende de Guarabira a Pedras de Fogo, passando por Alagoa Grande, Alagonha, Mulungu, Sapé, Gurinhém, desocupada, no dizer de Horácio de Almeida ou assim foi encontrada quando da conquista.

Os Potiguaras eram uma das tribos mais populosas da nação Tupi, desempenharam importante papel na guerra holandesa com cujos povos se aliaram. Historicamente, os índios paraibanos são referidos no litoral da Paraíba desde 1501, ocupando um território que se estendia pela costa nordestina, com limites, ao sul, do estado de Pernambuco (Rio Tracunhaém), e ao norte, do estado do Maranhão. Na Paraíba, ocupavam todo o litoral, principalmente no vale do rio Mamanguape, da Baía da Traição até a serra da Cupaoba (atual Serra da Raiz), onde possuíam, de acordo com os cronistas portugueses, 50 aldeias. A Baía da Traição aparece historicamente como o coração do território potiguara na Paraíba, sendo conhecido também pelo nome indígena de Acajutibiró, ou “terra do caju azedo” Pinto (1935) faz referência ao antigo nome do local: “(...) tinham aldeias nas ribanceiras do Mamanguape, nas de Camaratuba, nas Praias da Baía de Acajutibiró, „núcleos que foram origem de Mamanguape e Vila-da-Traição” e a cidade de Conde acomodam os indígenas da etnia tabajara. (PROGRAMA DE ÍNDIO). Esses índios resistiram feroz e bravamente, desde o início da conquista portuguesa.

Figura 4 – Mapa Aldeias De Rio Tinto/PB, Marcação/PB E Baía Da Traição/PB.



Fonte: SESAI/Ministério da Saúde

Conforme figura 4, Os indígenas atualmente vivem no litoral norte paraibano nos municípios de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto e Conde. O ritual do toré é um dos traços mais marcantes da cultura. A língua tradicional é o tupi antigo apesar de há muito tempo ter

sido impedidos de falar o idioma pela pressão colonizadora. Hoje estão buscando revitalizar essa língua que há muito tempo esteve adormecida. Conseguiram isso através da iniciativa das prefeituras municipais onde se localiza o povo, e do governo do estado da Paraíba implantando o tupi nas escolas das aldeias e das cidades tendo atualmente um total de 16 professores (POTIGUARA Blog, 2014).

Suas terras ocupam um espaço de 33.757 ha. Distribuídos em três áreas contíguas, nos municípios de Baía da Traição, Rio Tinto e Marcação. A Terra Indígena (TI) Potiguara situa-se nos três municípios anteriormente referidos e possui 21.238 ha. Foi demarcada em 1983 e homologada em 1991. A TI Jacaré de São Domingos tem 5.032 ha. Nos municípios de Marcação e Rio Tinto, cuja homologação se deu em 1993. Por fim, a TI Potiguara de Monte-Mor, com 7.487 ha, em Marcação e Rio Tinto foi demarcada em 2009, mas ainda sofre com conflitos com as usinas de cana-de-açúcar e álcool. O povo indígena se organiza socialmente através da representação geral através dos Cacique, bem como, pela presença, em cada aldeia de um cacique representante da respectiva comunidade, ambos eleitos pelos próprios indígenas (POTIGUARA Blog, 2014).

Tabela 1 – Relação da Terra Indígena

TERRA INDÍGENA		
MUNICÍPIOS	ALDEIAS	TOTAL
BAIA DA TRAIÇÃO	Akajutibiró, Bem Fica, Bento, Cumarú, Forte, Galego, Lagoa do Mato, Laranjeiras, Santa Rita, São Francisco, São Miguel, Silva e Tracoeira.	13
CONDE MARCAÇÃO	Vitória e Barra de Gramame Brejinho, Caeira, Camurupim, Carneira, Coqueirinho, Estiva Velha, Grupiúna, Jacaré de César, Tramataia, Val, Cândidos, Jacaré de São Domingos, Lagoa Grande, Três Rios e Ybykuara.	02 15
RIO TINTO	Silva de Belém, Mata Escura, Jaraguá e Mont Mor.	04

Fonte: DSEI Potiguara

O território indígena Potiguara separa as águas dos rios Mamanguape e Camaratuba e possui rios e riachos que nascem e desaguam em sua própria terra, como o Riacho do Silva e o Rio Sinimbú.

As principais atividades econômicas desenvolvidas pelos Potiguara são:

- A pesca marítima artesanal e nos mangues;



- Pesca artesanal do camarão com o uso do covó;
- O extrativismo vegetal (mangaba, dendê e caju);
- A agricultura de subsistência (milho, feijão, mandioca, macaxeira, inhame, frutas, etc.);
- A criação de animais em pequena escala (galinhas, patos, cabras e bovinos);
- A criação de camarões em viveiros;
- O assalariamento rural (principalmente nas usinas de cana) e urbano;
- O funcionalismo público (com destaque para as prefeituras) e as aposentadorias dos idosos;
- Venda de artesanato até para o exterior.

4.1. DSEI Potiguara - 28º Distrito

O DSEI Potiguara está localizado na cidade de Joao Pessoa, a uma distância aproximada de 100km da área indígena. Recentemente sua sede mudou-se do prédio da FUNASA, local onde funcionava mesmo após a criação da SESAI para um prédio locado localizado na Avenida Epitácio Pessoa, bairro do Pedro Gondim. (SESAI-2013)

Figura 5: Organograma DSEI

Fonte: DSEI Potiguara

Na base, ou seja, na área indígena, existem unidades descentralizadas do Distrito que correspondem a Polos Base e Postos de Saúde, onde são desenvolvidas ações de atenção básica pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), composta pelo Agente Indígena de Saúde (AIS), Agente Indígena de Saneamento (AISAN), Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), Enfermeiro, Odontólogo e Médico, contratados através da conveniada Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e de Programas

do Governo Federal como Mais Médicos e Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB).

Os colaboradores totalizam em 186 funcionários conveniados na área de saúde e saneamento 9 funcionários conveniados na área de secretariado, 33 servidores concursados do quadro do ministério da saúde, 20 motoristas conveniados e 10 ASG.

Quando necessário, os indígenas são encaminhados da atenção básica à especializada, para os serviços de média e alta complexidade em unidades de referência, inclusive hospitais que recebem incentivos financeiros para atendimento específico ao índio. Para tal finalidade o DSEI Potiguara possui viaturas oficiais e carros de apoio para conduzir pacientes indígenas para o tratamento de quimioterapia e hemodiálise. Conta também com motos para entrega de medicamentos e agendamentos de procedimentos de saúde nas aldeias, quando os mesmos são solicitados pelos médicos atuantes na área indígena, todos os veículos oficiais.

No DSEI Potiguara são desenvolvidos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, tais como:

- ✓ Assistência Farmacêutica e Laboratorial
- ✓ Assistência Nutricional;
- ✓ Assistência Odontológica
- ✓ DST/Aids, Hepatites Virais e Sífilis;
- ✓ Imunização;
- ✓ Hiperdia (hipertensão e Diabetes)
- ✓ Saúde da Mulher e da Criança;
- ✓ Saúde Mental;
- ✓ Tuberculose,
- ✓ Vigilância Epidemiológica

O perfil epidemiológico entre os Potiguaras tem acompanhado as características de transição da população brasileira, que engloba a substituição entre as primeiras causas de morte, das doenças infecciosas por doenças não transmissíveis com deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos e a presença das doenças crônicas como causa principal de mortalidade.

Pelas características de urbanização, os indicadores epidemiológicos não apresentam diferença significativa em relação à população geral dos municípios. As taxas de mortalidade

infantil são semelhantes às encontradas na população geral do estado, assim como a gravidez na adolescência não apresenta diferença expressiva em relação à população geral dos municípios sede dos Polos Base.

Ainda é alarmante o crescimento de índios infectados pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana), duas possíveis justificativas para esta situação se dá ao fato do território Potiguara receber muitos turistas, como também, a migração de índios para a área urbana.

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário foi implantado o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), o qual é operado no âmbito da SESAI. De acordo com a Política Nacional de Saúde Indígena (Portaria GM/MS Nº254, de 31/01/2002). Porém, o SIASI não está interligado com os demais sistemas de informação em uso no país, especialmente com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica (SIVEP) e o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS

Tabela 2 – Perfil De Morbidades Da População Indígena.

PERFIL DE MORBIDADES DA POPULAÇÃO INDÍGENA-PB			
Morbidade	Taxa de incidência		
	2009 por 1.000hab	2010 por 1.000 hab	2011 Por 1.000 hab
Doenças do aparelho respiratório	97,1	80,4	120,6
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	85,5	73,9	103,4
Doenças do aparelho circulatório	57,8	79,3	94,8
Doenças do aparelho geniturinário	34,1	30,2	45,1
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	42,3	20,6	32,1
Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	31,2	20,7	32,3
Doenças do aparelho digestivo	16,4	14,8	29,0
Doenças do olho e anexos	18,8	11,5	21,4
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	9,4	11,6	20,1
Doenças do sangue e órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	18,0	10,7	4,3
Transtornos mentais e comportamentais	9,2	3,5	7,4
Doenças do sistema nervoso	4,6	3,5	7,4
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	3,1	2,4	2,7
Lesões enven e algumas outras consequências causas externas	0,9	1,9	3,0
Gravidez parto e puerpério	0,3	0,5	2,8
Neoplasias (tumores)	0,1	0,9	0,6
Causas externas de morbidade e mortalidade	0,1	0,0	0,6
Algumas afecções originadas no período perinatal	0,1	0,0	0,2
Mal formação congênita deformid e anomalias cromossômicas	0,1	0,1	0,0

Fonte: Plano Distrital de Saúde Indígena 2012 até 2015

5 ORGANIZAÇÃO DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA

A FUNASA, através do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) e do Departamento de Engenharia de Saúde Pública (DENSP), estabeleceu recentemente as diretrizes para organização de uma rede de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com o Sistema Único de Saúde (SUS), editadas na Portaria 479/MS de dezembro de 2005. Segundo o documento, o primeiro nível de atenção à saúde deverá se dar continuamente na própria aldeia por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e periodicamente por uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) em Postos de Saúde (PS) de referência ou de forma itinerante nas aldeias. Cada aldeia deverá contar com uma Unidade de Apoio (UA) com estrutura para o desenvolvimento das atividades de atenção à saúde realizada pelos AIS, sob supervisão da EMSI. Nas comunidades que contarem com sistema de abastecimento de água será incorporado à equipe o Agente Indígena de Saneamento (AISAN). A Equipe Multidisciplinar Saúde Indígena será composta por no mínimo: médico generalista, enfermeiro, odontólogo, auxiliar ou técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene dental e agente indígena de saúde (AIS) e agente indígena de saneamento (AISAN).

Além das unidades de apoio e postos de saúde, as comunidades indígenas deverão contar com outra instância de atendimento de saúde, os Polos-base, constituindo a primeira referência para os AIS e EMSI que atuam nas aldeias. Podem ser localizadas numa comunidade indígena ou num município de referência. As demandas não resolvidas nos Polos-base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS. Nesses casos deverão contar com uma estrutura de apoio em condições de receber, alojar e alimentar paciente encaminhado e acompanhante, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes e seu retorno à origem.

O Subsistema deve assegurar o atendimento integral por ações Inter e transdisciplinares e contemplar as diretrizes da Política Nacional de Humanização tendo na atenção domiciliar a base de sua atuação.

A referida portaria estabelece parâmetros para a composição da equipe multidisciplinar de atenção à saúde indígena (EMSI) apresentados na tabela 3. Quanto ao número de EMSI a norma (Portaria 479) orienta que na Amazônia Legal cada equipe se responsabilize por 400 habitantes e conte com quatro AIS. Nas demais regiões, a relação deve ser 01 EMSI para cada grupo de 1800 pessoas contando com seis AIS.

Para os Polos-base e Casa de Saúde do Índio (CASAI), (a Paraíba não possui CASAI devido a curta distância das aldeias com os hospitais de referencia) a portaria indica a composição de uma Equipe Matricial de Saúde Indígena que contará com outros profissionais: assistente social,

15 fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional. Esta equipe será composta nos polos-base com população igual ou superior a 100.000 hab., com SAMU, ou fazer parte de SAMU regional, sendo o quantitativo dos profissionais diretamente dependentes do perfil da área de abrangência.

Tabela 3. Parâmetros para alocação de profissionais de saúde da EMSI, segundo as diretrizes para organização da rede de estabelecimentos de saúde do subsistema de saúde indígena 2015.

Parâmetros para alocação de profissionais de saúde da EMSI até 2015	
CATEGORIAS	PROFISSIONAL PARÂMETRO (prof./1.800 hab.)
Enfermeiro	01 profissional/1.800 habitantes
Técnico em Enfermagem	02 profissionais/1.800 habitantes
Agente Indígena de Saúde	06 profissionais/1.800 habitantes
Agente Indígena de Saneamento	01/ sistema de abastecimento água
Médico	01 profissional/1.800 habitantes
Odontólogo	01 profissional/1.800 habitantes
Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal	01 profissional/1.800 habitantes
Assistente social	01 profissional/100 mil habitantes
Psicólogo	01 profissional/100 mil habitantes

Fonte: SESAI/Ministério da Saúde

6 PARTICIPAÇÕES DE ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE À POPULAÇÃO INDÍGENA NO TERRITÓRIO POTIGUARA E TABAJARA DA PARAÍBA.

A Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990) determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos:

- I. no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II. no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente;
- III. no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

A Lei n.º. 9.836, de 23/09/99 dispõe que os Estados, Municípios e outras instituições governamentais e não governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A CIMI em publicação de 2013 relata que:

“Os povos indígenas e suas comunidades não podem aceitar que a política continue a ser terceirizada, ou seja, executada através de parcerias e de convênios estabelecidos pela Sesai com entidades, ONGs e prefeituras. Essa política já foi questionada administrativamente e judicialmente, porque ela não respeita a Lei Arouca; não respeita as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Indígena; não respeita

as propostas e as necessidades dos povos indígenas; porque se mostrou ineficaz quanto à gestão e execução das ações; quanto à formação dos agentes indígenas de saúde; quanto à prevenção 41 das doenças; quanto ao controle social e a participação indígena no âmbito da política a ser desenvolvida em cada povo ou região”. (CIMI, 2013).

Tabela 4 – Principais Parceiros Dos Macroprocessos Finalísticos Conduzidos Pela SESAI

PRINCIPAIS PARCEIROS DOS MACROPROCESSOS FINALÍSTICOS CONDUZIDOS PELA SESAI	
Internos	Externos
Secretaria Vigilância em Saúde – SVS	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MP
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES	Ministério da Integração – MI
Departamento de Informática do SUS - DATASUS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS
Coordenação Geral de Gestão de Pessoas – CGESP	Ministério da Defesa (Comandos da Aeronáutica, Exército e Marinha)
Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas – CODEP	
Coordenação Geral de Documentação e Informação – CGDI	Fundação Nacional do Índio – FUNAI
Escolas Técnicas do SUS	Inst. Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis – IBAMA
Fundação Osvaldo Cruz – FIOCRUZ	Companhia Nacional de Abastecimento – CONAB
Núcleos Estaduais de Saúde – NES	Agência Brasileira de Cooperação – ABC
	Secretarias Estaduais de Saúde – SES
	Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS

Fonte: Relatório de Gestão do Exercício de 2015 da SESAI

No DSEI Potiguara, dentre as principais parcerias institucionais, destacam-se a Fundação Nacional do Índio FUNAI e, as Prefeituras Municipais de Baía da Traição, Marcação Rio Tinto e Conde, além de associações e/ou organizações indígenas.

Segundo a Portaria Ministerial n.º. 648/2006, os municípios, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território.

De acordo com a citada Portaria às Secretarias Estaduais de Saúde compete pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite estratégias, diretrizes e normas de implementação e gestão da Saúde da Família no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria e acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos municípios, identificando situações em desacordo com a regulamentação, garantindo suporte às adequações necessárias e divulgando os resultados alcançados, dentre outras.

A Fundação Nacional do Índio – Funai, criada pela Lei 5.731, de 05 de janeiro de 1967, vinculada ao Ministério da Justiça, entidade com patrimônio próprio e personalidade jurídica de direito privado, é o órgão federal responsável pelo estabelecimento e execução da política indigenista brasileira em cumprimento ao que determina a Constituição Federal Brasileira de 1988. A missão da FUNAI é coordenar o processo de formulação e implementação da política indigenista do Estado brasileiro, instituindo mecanismos efetivos de controle social e de gestão participativa, visando à proteção e promoção dos direitos dos povos indígenas (JUSTIÇA, 2014).

Além das Instituições citadas anteriormente, existem dois hospitais no Estado da Paraíba que recebem o IAE-PI – Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas: o Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho e o Pronto Socorro Infantil Hospital Rodrigues de Aguiar, ambos recebem mensalmente R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) e R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais), respectivamente (SAÚDE, 2014).

Devido ao universo de informações oriundas de cada parceria institucional da SESAI, esta autora optou por não se aprofundar nas demais instituições parcerias além das Secretarias Municipais de Saúde, parceria em foco neste estudo.

À direção municipal do Sistema Único de Saúde compete:

- ✓ Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- ✓ Participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual;
- ✓ Participar da execução, do controle e da avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- ✓ Executar serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saneamento básico e saúde do trabalhador (BRASIL, 2011).

Ou seja, todas as ações citadas anteriormente também são destinadas à população indígena, na qualidade de munícipe. Ao realizar pesquisa nos portais municipais, dos três municípios atuantes na saúde indígena Potiguara, dois disponibilizam suas Leis Orgânicas que se relacionam à saúde, mas não tratam da saúde indígena especificamente, apesar de um deles possuir a referida população em maioria.

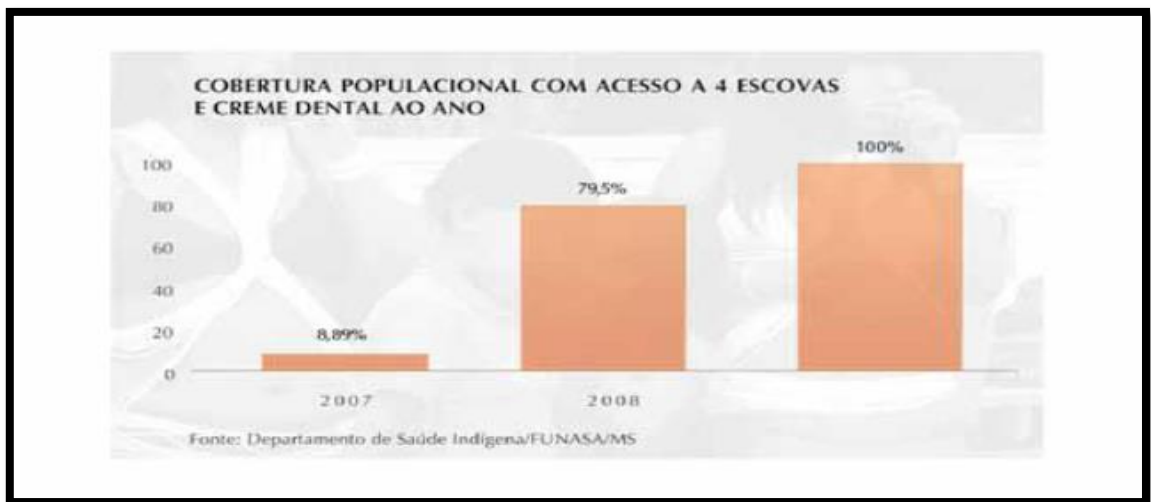
7 CONCLUSÃO

A fim de alcançarmos uma compreensão da gestão da saúde indígena Potiguara, este trabalho buscou o conjunto de ferramentas que norteiam a execução deste serviço, desde a legislação que rege a Política Nacional de Saúde Indígena até o conhecimento dos principais atores envolvidos.

O fortalecimento da força de trabalho indígena foi um grande passo na busca de uma melhor assistência à saúde, uma vez que atualmente os colaboradores são contratados devidamente com todos os direitos trabalhistas garantidos, o que não ocorria antes da criação da SESAI.

Na publicação “Lei Arouca”, pela FUNASA, em 2009, podemos visualizar um dado que nos chama a atenção: um considerável avanço relacionado à saúde bucal na população indígena, conforme podemos verificar na figura abaixo, em dois anos o percentual da população com acesso a kit de higiene bucal subiu de 8,89% para 100%.

FIGURA 6 – COBERTURA POPULACIONAL COM ACESSO A 4 ESCOVAS E CREME DENTAL AO ANO.



Fonte: Departamento de Saúde Indígena / MS

Outro avanço considerável é a normatização do SUS, através do Decreto nº.7.508/11, o qual concede a atuação dos DSEI's nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), fato este que colabora expressivamente no aprimoramento do acesso e da atenção integral desta clientela dentro do SUS.

No entanto, após estudarmos a saúde indígena através dos serviços oferecidos pelo DSEI Potiguara, podemos verificar que das transformações feitas, a maior parte se referiu à gestão, que ainda não amadureceu devido a tantas mudanças institucionais. Demandas como a efetividade da atenção primária com segurança do atendimento especializado, a concreta integração das instituições envolvidas, a instauração de normas de financiamentos seguida de

devida fiscalização ainda não foram analisadas conforme sua importância, mesmo com alguns avanços.

As atuações do Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara são financiadas diretamente através da SESAI/MS, conforme o quantitativo populacional considerando a situação epidemiológica e aspectos geográficos. O estado e municípios também devem financiar a saúde indígena uma vez que recebem recursos oriundos do SUS para tal finalidade.

As SMS necessitam efetivar definitivamente sua atuação na assistência à saúde indígena, uma vez que as prefeituras utilizam o quantitativo de indígenas para recebimento de recursos oriundos de diversos blocos de financiamento transferidos fundo a fundo pelo MS através dos chamados PAB fixo e PAB variável, onde em dois dos três municípios que possuem índios Potiguaras na Paraíba a maioria da população é indígena.

A título de informação, é importante ressaltar que o Componente Piso da Atenção Básica – PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios.

Já o Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como:

- I - Saúde da Família;
- II - Agentes Comunitários de Saúde;
- III – Saúde Bucal;
- IV - Compensação de Especificidades Regionais;
- V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;
- VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;
- VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória;
- VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico (PMAQ, 2014).

Concluindo, a saúde indígena detém de uma grande estrutura que no entanto, é importante que esta assistência seja garantida de forma integral e que sempre seja aprimorada cada vez mais, sem regressão, que pode ocorrer devido a questões políticas partidárias. Porém, a força do controle social deste grupo tem estrutura e força suficientes para combater tais atitudes que não visem à assistência à população indígena que tanto carece de um serviço de saúde bem estruturado e integral.

Com base nos resultados deste estudo, diante de todas as fragilidades identificadas e a fim de que a finalidade estratégica do serviço continue sendo implementada, podemos citar alguns possíveis avanços no âmbito do DSEI Potiguara:

- ✓ Conduzir ao entendimento do usuário esclarecimentos de como funciona o subsistema de saúde indígena;
- ✓ Ampliar a comunicação entre os representantes do controle social e população;
- ✓ Melhorar a integração do DSEI com estados e municípios, ampliando o diálogo entre estas organizações, com o objetivo de ampliar principalmente a oferta dos serviços especializados de média e alta complexidade da comunidade indígena, bem como, a logística para tal ação, a fim de que seja garantida a integralidade da atenção à saúde destes usuários;
- ✓ Executar atividades conjuntas com as Secretarias de Saúde dos municípios de Baía da Traição, Marcação, Rio Tinto e Conde;
- ✓ Identificar soluções ágeis direcionadas a procedimentos especializados junto aos hospitais que recebem incentivo IAE-PI, envolvendo estas Instituições na busca de estratégias legais que visem solucionar estas demandas e quaisquer outras que porventura surgirem;
- ✓ Buscar a efetiva parceria junto aos demais órgãos como FUNAI, Estado e Universidade;
- ✓ Procurar fortalecer a capacidade gerencial das Instituições envolvidas;
- ✓ Conduzir uma oficina de planejamento estratégico com a participação dos principais atores envolvidos para a construção/pactuação de objetivos, metas e resultados.
- ✓ Conduzir no âmbito da instância de governança da assistência à saúde indígena Potiguara, Fórum de integração entre as instituições envolvidas, constituído pelo DSEI, Secretarias Municipais de Saúde, Hospitais que recebem incentivo e demais organizações que venham a colaborar na construção desta iniciativa;

É relevante o desenvolvimento desta pesquisa, uma vez que a Gestão Pública necessita ter uma visão da qualidade do serviço público, do que nele é investido, acrescentada da especificidade da população indígena, que requer uma maior atenção no acesso aos seus direitos fundamentais, principalmente à saúde.

Esta pesquisa pode contribuir tanto para as Instituições que prestam o serviço, como para a população beneficiária do serviço, podendo até incentivar futuros estudos para que seja

avaliada a qualidade de outros serviços públicos essenciais nos chamados grupos minoritários ou até mesmo na população em geral.

Que possamos em posteriores pesquisas contemplar de fato os interesses de populações como a aqui estudada, possuidora de vasta riqueza nos mais variados níveis e nos conscientizarmos da grandeza de nosso desafio em estarmos dispostos a quebrar nossos paradigmas para que o conhecimento venha a se tornar uma via de mão dupla.

8- BIBLIOGRAFIA

BITTENCOURT. Maria. **Acre, Rio Negro e Xingu: A formação indígena para o trabalho em saúde.** São Paulo: Associação Saúde Sem Limites, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, **Legislação Estruturante do SUS, Coleção Pro gestores – Para entender a gestão do SUS, 12, 528 p., Brasília, 2007.**

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS, Brasília, 248 p., 2007.**

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde, Brasília, 291 p., 2007.**

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).**

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios. 164 p. Brasília, 2006.**

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, 2005.**

_____. **Constituição. Constituição federal. Brasília: Senado Federal, 1988.**

_____. **Decreto nº. 8.065. Brasília, 2013.**

_____. **Decreto nº. 7.508. Brasília, 2011.**

_____. **Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena.**

_____. **Lei nº. 8.080. Brasília, 1990.**

_____. **Lei nº. 8.142. Brasília, 1990.**

_____. **Lei nº. 9.836. Brasília, 1999.**

CIMI. Conselho Indigenista Missionário. **Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas, 2013.**

COIMBRA, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura. **Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2000.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota Técnica 04. A Integração da Saúde Indígena no SUS: Uma proposta da Gestão Estadual. Brasília, 2014.**

CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da: BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos.** Rio de Janeiro, 2001.

ESCOBAR AL, SANTOS RV, COIMBRA Jr. CEA. **Avaliação nutricional de crianças indígenas Pakaanóva (Warí), Rondônia, Brasil.** 2003.

FERNANDES. F. 1920 – **A Investigação etnológica no Brasil e outros ensaios,** Petrópolis, Sociologia Brasileira, v. 2, Vozes, 304 p., 1975.

FRANCISCHINI, Viviane Fagundes. **Estratégias loco-regionais de articulação entre os níveis de atenção à saúde do Povo Indígena.**

FUNAI: <http://www.funai.gov.br/index.php/saude> - acesso em 26/01/2016

FUNASA,2002. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Aprovada pela portaria do ministério da saúde n.º 254, de 31 de janeiro de 2002(dou n.º 26 - seção 1, p. 46 a 49, de 6 de fevereiro de 2002)

LIMA, Deborah Mota. Subsistema de atenção à saúde indígena: direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada: um estudo de caso sobre a gestão da política de atenção à saúde indígena no território do dsei potiguara. 2010.56f Manografia, Departamento de Gestão Publica. João pessoa 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS.** Editora Fio Cruz. Rio de Janeiro, 2009.

PEAISPI. **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Indígena.** Governo do Estado do Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual de Saúde, 2010.

PMAQ. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Utilização dos Recursos Financeiros do Componente Qualidade.** Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php, acesso em 27/07/16.
PORTAL DA CIDADE DE JOÃO PESSOA: <http://paraibanos.com> – acesso em 27/02/2016

POTIGUARA. Blog. Patrulha Potiguara. Disponível em http://potiguara83.blogspot.com.br/2011_10_01_archive.html, acesso em 18/07/16).
POTIGUARAS. Guerreiros. Quem somos. Disponível em <http://guerreiros.potiguara.wordpress.com/quem-somos/>, acesso em 18/07/16).

SESAI-Ministerio da Saude: <http://portalsaude.saude.gov.br> – acesso em 28/05/2016

TOBAR, F., YALOUR, ROMANO M. **Como fazer teses em saúde pública – conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas.** Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2001.