



## **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: BREVE HISTÓRICO DA CONSOLIDAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS**

SILMARA ANDRADE FLORENTINO<sup>1</sup>

DARCI SECCHI<sup>2</sup>

### **RESUMO**

O presente artigo discute a temática da formação para a saúde indígena tendo como cenário os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DISEIs em Mato Grosso. Apesar do grande número de Leis, Portarias e Resoluções que tratam do controle social e da educação para a saúde, perdura ainda no Brasil uma mentalidade colonial que desconsidera os indígenas como agentes protagonistas de sua saúde. Ou, nas palavras do poeta Carlos Drummond de Andrade: “As leis não bastam. Os lírios não nascem das leis”! Portanto, é necessário buscar alternativas que viabilizem de fato o exercício do controle social, considerando, sempre, que as leis são relevantes, mas que a sua aplicação burocrática e ineficaz pelo Estado dificulta sobremaneira o seu alcance. Existe um “abismo” entre o que preconiza a legislação e o que de fato está sendo materializado no campo do controle social e da educação para a saúde dos povos indígenas. A mera previsão de um direito em lei não é garantia da sua efetividade. São inúmeros os fatores que se antepõem ao direito e impedem o seu exercício efetivo. A educação para a saúde e o controle social não são apenas uma forma de compartilhamento de poder entre o Estado e a sociedade. Elas expressam uma possibilidade real de intervir nas políticas. São, portanto, instrumentos de democracia e de cidadania. São formas legais de viabilizar o exercício da participação, não apenas com tolerância, mas com o devido protagonismo que essas sociedades merecem e almejam.

### **Palavras Chave**

---

<sup>1</sup> Enfermeira, mestranda em Educação no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Mato Grosso.

<sup>2</sup> Antropólogo, professor no Instituto de Educação, membro do PPGE/UFMT e tutor do Grupo PET-Educação.

**Distritos sanitários; Saúde indígena; Educação indígena.****1. BREVE RETROSPECTIVA DA LEGISLAÇÃO NACIONAL SOBRE SAÚDE INDÍGENA**

No início do século XVI a população indígena era estimada em cerca de cinco milhões de pessoas. Com a chegada dos europeus ao Brasil, o processo de colonização trouxe inúmeros problemas aos povos indígenas. As mudanças de hábitos, o contato direto com pessoas portadoras de doenças desconhecidas, enfim, o convívio com uma nova realidade demográfica resultou em ajustes biológicos cujas consequências são perceptíveis até os dias atuais (SOUZA et al, 1994, p.28).

Em uma relação marcada pelo preconceito e a subjugação, os povos indígenas sofreram maus tratos, confinamentos, sedentarização, chacinas, guerras e epidemias que resultaram no desaparecimento de centenas de povos (CIMI, 2013, p17).

Além dos fatores citados, há de se considerar também os resultados nefastos da ação catequética, da imposição cultural e linguística que associou a colonização, cristianização e a escolarização (BRASIL, 2002, p.7).

No campo da saúde, as poucas ações de assistência aos povos indígenas se deram, desde os tempos da colonização portuguesa, por iniciativa de missionários de diferentes congregações. Apenas a partir de 1910, com a criação do Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais – SPI/ITN essas ações passaram a ser implementadas também pelo poder público (FERREIRA, 2012, p.47).

Ainda assim, “a assistência à saúde continuou desorganizada e exercida de forma precária. As ações se limitavam aos casos emergenciais ou quando estavam relacionadas aos processos de pacificação.” (CIMI, 2013, p.7).



n.4 - junho (2016)

O foco central de toda a assistência era viabilizar um processo de pacificação e de integração menos traumático, inclusive para evitar penalizações internacionais ao Estado brasileiro por genocídio ou extermínio das populações autóctones.

Com o advento do século XX e, com ele, dos ideários da igualdade, modernidade e democracia, iniciou-se, de forma tímida, a implantação de políticas de proteção aos povos indígenas. O Estado, por meio do Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais – SPILT, organizou-se para garantir alguma proteção aos indígenas, especialmente no campo da saúde, educação, trabalho e garantia territorial.

No campo da saúde, o novo modelo de assistência se deu de forma precária devido à ausência de condições de prevenção e de atendimento às demandas.

Uma política indigenista começou a se esboçar com inspiração positiva, em que os índios, considerados num estágio infantil da humanidade, passaram a ser visto 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 a ações emergenciais ou inseridas em processos de “pacificação” (BRASIL, 2002, p.7).

Em 1942, o SPILT tornou-se apenas Serviço de Proteção ao Índio – SPI e recebeu uma nova estrutura e novas competências, como o controle das fronteiras e o desbravamento dos sertões. Segundo Lima (1995, p.289) “[...] enfatizava a preservação, conservação e desenvolvimento do patrimônio indígena (terras e recursos naturais de posse dos índios), de modo a assegurar a emancipação econômica das tribos”.

Oliveira (1995, p.65) reforça “As raízes institucionais do SPI basearam-se na concepção do problema indígena, como sendo um problema de interação entre etnias tribais e a sociedade nacional, existindo onde o quando índio e não índio entra em contacto.”

O modelo da política indigenista trazia consigo a ideia de que os povos indígenas seriam primitivos e, porquanto, tinham que cursar uma trajetória rumo a evolução. Para isso, o órgão tutor deveria atuar de modo a garantir a defesa dos povos indígenas e dos



seus territórios e, superar o déficit evolutivo por meio de ‘ações civilizatórias’ como a alfabetização, profissionalização, registro civil, etc.

Um ano após a criação do SPI, foi implantado o serviço de saúde para índios, que envolvia diversos órgãos, civis e militares, do poder executivo, que subsidiavam a ação do órgão tutor em ações relacionadas ao transporte, internações hospitalares, distribuição de vacinas, entre outros.

Uma das iniciativas que mereceram destaque foi a criação do Serviço de Unidade Sanitária Aérea (SUSA) que tinha a missão de prestar a assistência e transporte as populações indígenas isoladas (MARTINS, 2013, p.36).

Apesar desse apoio, o alcance do SPI na assistência à saúde dos povos indígenas não se mostrou eficiente nem sistemática. Seus objetivos ficaram comprometidos pela desarticulação e descontinuidade das iniciativas. Se por um lado, diversos povos indígenas foram salvos da extinção pela ação do SPI, por outro, “a pacificação das tribos hostis ocasionou a disseminação da fome, de doença, da desintegração tornando os índios parte do grupo mais miserável dos segmentos marginais da sociedade.” (MARTINS, 2013, p.35).

Entre os anos de 1964 e 1970, em pleno período do regime militar, houve um novo retrocesso na relação entre o estado brasileiro e os povos indígenas. Os índios voltaram a ser considerados um “empecilho para o desenvolvimento do país”. O SPI, envolto em denúncias de corrupção e enfraquecimento pela nova realidade política foi extinto e deu lugar a um novo órgão tutor - a FUNAI, instituída pela Lei nº 5.371/67.

A Fundação Nacional do Índio – FUNAI, foi criada com o propósito de estabelecer diretrizes e garantir o cumprimento da política indigenista; defender a pessoa do índio e as comunidades tribais; garantir a posse de suas terras; preservar a cultura; gerir o patrimônio indígena no sentido de sua preservação, ampliação e valorização; promover estudos e pesquisas sobre os índios e os grupos sociais indígenas; promover o interesse coletivo pela causa indigenista; promover a educação de base apropriada e a prestação de assistência médico-sanitarista aos índios (BRASIL, 1967).



Com tantas atribuições (a maioria de cunho integracionista), a FUNAI precisou ser organizada em departamentos e divisões com as mais diversas atribuições. Não será difícil perceber que tantos propósitos não poderiam ser atendidos de modo adequado por uma fundação recém instituída. Um exemplo ilustrativo ocorreu com a Divisão de Saúde, descrito por Costa (1987):

A FUNAI substituiu o SPI e estabeleceu uma divisão de saúde para cuidar da assistência à saúde das populações indígenas, que se daria por meio de Equipes Volantes de Saúde (EVS). O SUS, por sua vez, deixou as ações de saúde para divisão da FUNAI e passou a atuar apenas com Tuberculose. Entretanto, esse sistema – pautado por ações esporádicas e por assistência individual – não logrou êxito, não foi efetivo, tampouco adequado, principalmente em função do despreparo dos profissionais de saúde, da falta de recursos, da desorganização e da falta de coordenação dos serviços (MARTINS, 2013, p.37).

A exemplo de tantas outras instituições criadas pelos diferentes governos do estado brasileiro, a FUNAI teve diversas adequações na tentativa de organizar suas ações. No campo da atenção à saúde dos povos indígenas, seus problemas surgiram pela dificuldade de atender à diversidade dos povos, por sua dispersão geográfica, pela escassez de suprimentos e recursos financeiros; pela falta de estrutura básica de saúde, pela ausência de investimento na qualificação dos funcionários e tantos outros (BRASIL, 2002, p. 8).

A FUNAI, por décadas, esteve distante dos debates que tratavam da descentralização dos serviços de saúde para atender às necessidades sanitárias dos povos indígenas. Pouco ou nada refletiu e compartilhou acerca dos serviços prestados, da regularização dos tratamentos, da priorização dos cuidados primários e da prevenção de agravos e promoção de saúde. Enquanto isso, diversos setores do governo e da sociedade civil avançavam na proposição de um novo sistema de saúde organizado de modo a desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de todos os segmentos da população brasileira.

Entre as décadas de 70 e 80, com o intuito de expandir os serviços públicos de saúde, foi adotada uma série de iniciativas governamentais buscando a inclusão de novos segmentos sociais à assistência médica pública, e experiências municipais e de universidades, para proporcionar maior integração entre as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Além dessas iniciativas, também ocorreu uma



n.4 - junho (2016)

maior articulação entre o Ministério da Saúde (MS), Secretaria Estaduais de Saúde (SES), Secretaria Municipais de Saúde (SMS) e Previdência Social em prol de um movimento em direção à descentralização do sistema para os estados federativos. (PIOLA et al, 2009).

Como decorrência da expansão dos serviços médicos assistenciais a segmentos sociais não inseridos no mercado de trabalho, em 1981, foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Pública (CONASP), com o propósito de reorganizar os serviços médicos e reduzir seus custos (MARTINS, 2013, p.39).

Piola *et al* (2009) relatam que somente em 1984 esse conselho anunciou as primeiras experiências de integração do sistema de saúde, por meio da implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS). Dois anos depois, em 1986 foi oficializado o novo sistema que recebeu o nome de Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Sintetizando essa trajetória de atendimento de saúde pública para todos, Martins (2013, p. 39):

Na década de 70, surgia um movimento nacional que se contrapunha à hegemonia da política de mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social. [...] cronologicamente e para dar respostas a esses movimentos sociais emergentes, criava-se em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) ficando o atendimento médico individualizado e o Ministério da Saúde com as ações na área de interesse coletivo e caráter normativo. Em 1977, se criava o SINPAS, que enfatizava o modelo privatizante, mas, no entanto, abria espaços para, mesmo que de forma embrionária, aquele movimento nacional iniciasse as ações de atenção integral na rede pública, co-gestão, planejamento e participação popular.

[...] em 1981 o governo cria o CONASP, surge naquele momento o projeto de Ações Integradas de Saúde (AIS – 1983-1984). Em 87, surge a proposta do SUDS: organização descentralizada do Sistema Único de Saúde, setor público executor da política, e complementarmente privilegiando o filantrópico em relação ao privado. A 8ª Conferência Nacional de Saúde representou um marco, lançando um programa para a Reforma Sanitária que defendia a constituição do SUS cujas ações e serviços seriam públicos e extensivos a toda a população, enfrentava os grandes grupos multinacionais e nacionais defensores do setor hospitalar privado.

Apesar dos grandes avanços dos anos 80 aos anos 90, o percurso foi marcado com a redução da atividade econômica somada à crise no financiamento da previdência social;



foi tornando inviável o sistema e evidenciou sérias distorções em relação ao atendimento à saúde pública (PAIM, s.data, p.555).

Esse modelo centrado nos hospitais (ou modelo de atenção hegemônico), apresenta os “seguintes traços fundamentais: individualismo, saúde/doença como mercadoria; ênfase no biologismo; a historicidade da prática médica; estímulo ao consumismo médico; participação passiva e subordinada dos consumidores” (PAIM, s. d., p.556).

Ao privilegiar a assistência médica de natureza ambulatorial e hospitalar o modelo hospitalocêntrico demandava 85% do recurso público enquanto que ao modelo preventivo era disponibilizado tão somente 15% dos recursos. Ainda assim, os indicadores de saúde apontavam um crescente aumento no índice de mortalidade e morbidade.

Os problemas vivenciados na política setorial de saúde dos povos indígenas não foram diferentes. Segundo Garnelo (2003), apresentou dificuldades na gestão, no controle e aplicação dos recursos; na redução de investimentos estatais e pouco participação indígena na condução das intervenções do Estado”.

Conforme Garnelo (2003) a Lei nº 6.001/73 conhecida como Estatuto do Índio, que dispõe sobre as relações do Estado com as sociedades indígenas, segue o mesmo conceito do Código Civil Brasileiro de 1916 e considerava os povos indígenas como “relativamente capazes”, o que caracterizava a condição de ‘tutelados’ por um órgão estatal.

De acordo com Martins (2013, p. 40) a Constituição de 1988 suprimiu a tutela da pessoa e passou a reconhecer seus direitos. Sendo assim, passou a assegurar aos povos indígenas o reconhecimento da sua identidade cultural (organização social, costumes, línguas, crenças e tradições), assegurando o direito de ser e permanecer como índios e mantendo o usufruto das terras que tradicionalmente ocupam. Coube ao Estado zelar pelo



reconhecimento destes direitos; em consequência, tornou-se necessária a revisão do Estatuto do Índio que, passados mais de 25 anos, ainda tramita pela Câmara Federal.<sup>3</sup>

Ao estabelecer as bases jurídicas para o reconhecimento dos direitos sociais, a Constituição Federal de 1988 foi o marco importante para a consolidação do regime democrático. Ao anunciar a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, consagrou os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Piola (2009, p.112-113) explica:

A universalidade do direito à saúde e a garantia de integralidade da atenção são princípios que expressam a solidariedade social e o compromisso da sociedade com o respeito ao atendimento das necessidades de saúde, independentemente condições pessoais, econômicas e sociais.

A equidade *igual acesso para igual necessidade* embora citada com frequência entre os princípios ou diretrizes do SUS, a rigor não tem, pelo menos de forma explícita, a mesma estatura jurídica dos demais – universalidade, integralidade, descentralização, participação social. O que a Constituição e a lei preveem expressamente são o acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde (CF/88, Art.196) e a ‘igualdade de assistência à saúde, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie’ (Lei 8.080/1990, Art.7º, inciso IV).

No que trata dos direitos indígenas, a atual Carta Magna é considerada uma das mais avançadas sobre a questão indígena, uma vez que reconhece seus costumes, línguas, crenças e tradições, bem como a proteção dos territórios imemoriais (LANGDON,1999).

A política desenvolvida para o cuidado dos povos indígenas, com base na noção de tutela, constituiu a ausência dos direitos plenos de cidadania.

O processo de instauração da tutela incluía o não reconhecimento da organização política indígena. E, assim, cabia aos funcionários estatais administrar os mecanismos de representação política indígena assim como as suas relações com os não índios (FERREIRA, 2012, p.45).

---

<sup>3</sup> O Estatuto do Índio atualmente não está em conformidade com a nova Constituição, por isso, a sua leitura e aplicação devem ser realizadas com cautela. O aspecto mais polêmico diz respeito à substituição da tutela da pessoa pela tutela do direito.





Ao assumir o caráter pluriétnico da nação brasileira a Constituição de 1988 rompeu com essa perspectiva e garantiu o direito dos povos indígenas a manterem a identidade étnica e as formas de organização social, elevando também o aumento do número de associações e de organizações indígenas que “passaram as ser os principais representantes da população indígena junto à sociedade nacional envolvente. Isso se deve ao fato da nova constituição criar a possibilidade dessas associações se constituírem como pessoas jurídicas” (FERREIRA, 2012, p.45).

Nas décadas de 1970 e 1980 os povos indígenas conquistaram mais apoiadores na luta pelos seus direitos, como os movimentos indígenas, as organizações não governamentais, universidades e igrejas, o que assegurou um conjunto de direitos expressos na Constituição. Nessa trajetória, foi realizada, em 1986, a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI) tendo como pauta a necessidade de uma política efetiva para o atendimento à saúde das populações indígenas e a criação de um sistema de saúde específico e universal. (MARTINS, 2013, p.43).

As questões referentes aos povos indígenas ganharam a atenção do movimento sanitário, que por deliberação da VIII Conferência Nacional de Saúde difundiu as bases para a criação de um sistema específico para a saúde dos índios, integrado ao sistema nacional (FERRERIA, 2012, p.48). Para tanto, apoiou-se na Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e responsabilizou a União pelo atendimento à saúde indígena, incluindo as unidades de saúde, os funcionários, as funções de confiança e recursos orçamentários, passou a ser da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão executivo do Ministério da Saúde, para executar foi criada uma Coordenação de Saúde de Índio com a atribuição de implantar e desenvolver um novo modelo de atendimento (BRASIL, 2009, p.10).

Como um dos desdobramentos dessa medida, o Decreto nº23, de 4 fevereiro de 1991, redefiniu os encargos na saúde e estabeleceu que “a assistência à saúde das populações indígenas, por força do regime de proteção instituído pela Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973, constitui encargo da União e será prestada nos termos desde



Decreto”. Desse modo, retirou da FUNAI e transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade das ações de saúde dos povos indígenas.

No Artigo 4º parágrafo 1º determinou também que as “ações e serviços serão desenvolvidos segundo modelo de organização na forma de distritos sanitários de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas”.

No entanto, o Decreto nº 1.141 de 19 de maio de 1994 caracterizou um retrocesso à saúde dos povos indígenas, uma vez que dividiu as atribuições da saúde indígena entre a Funasa e o Ministério da Justiça. À Funasa, vinculada ao Ministério da Saúde, coube a responsabilidade pela prevenção, controle de endemias e desenvolvimento comunitário e ao Ministério da Justiça recaiu a assistência primária (FERREIRA, 2012, p. 49).

Na prática, o Decreto devolveu à FUNAI a recuperação dos indígenas doentes e mantém no Ministério da Saúde as ações de prevenção (BRASIL, 2002, p.9).

Um mês após a publicação do Decreto 1.141, tendo por base as propostas da II Conferência Nacional a Saúde dos Povos Indígenas (CNSPI), o deputado Sergio Arouca, apresentou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 4681-D que propôs a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Após um trâmite de cinco anos, veio a tornar-se a Lei nº 9.836/99, conhecida como Lei Arouca (FERREIRA, 2012, p.49).

A Lei Arouca, foi regulamentada por meio do Decreto nº 3.156 de 19 de agosto de 1999, que estabeleceu a responsabilidade das políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio ao Ministério da Saúde e a sua execução à Funasa. O Decreto possibilitou também a criação de um subsistema de saúde indígena com os seguintes parâmetros:

Financiamento de responsabilidade da União, com custeio e execução das ações de forma complementar pelos Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não governamentais; concordância com os princípios do SUS no que tange a descentralização, hierarquização e regionalização; implantação do modelo de Distritos Sanitários Especiais Indígenas; acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, considerando-se serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS como referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; para



n.4 - junho (2016)

isso recomendam-se adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas; Direito da população indígena à participação de organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de saúde (MARTINS, 2013, p.51).

A FUNASA, agora responsável pela política de saúde indígena, atribuiu por meio da Portaria MS nº 1.176/2003 ao Departamento de Saúde Indígena (DESAI), a responsabilidade por “promover, proteger e recuperar a saúde dos povos indígenas, segundo peculiaridade, o perfil epidemiológico e a condição de cada comunidade” (BRASIL, 2003).

Instituído pela Lei Arouca, no âmbito da Fundação Nacional de Saúde, o DESAI logo foi extinto e criado a Secretaria Nacional de Saúde Indígena (SESAI), dentro do Ministério de Saúde. Os avanços na legislação propiciaram mudanças na saúde indígena, afetando diretamente a disponibilidade de serviços ofertados à população e aos povos indígenas. A implantação da Política Nacional de Saúde Indígena e a efetivação do Subsistema de Saúde Indígena sofreram ainda diversas mudanças, conforme veremos a seguir.

## **2. A IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA.**

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi formulada com a participação de representantes dos órgãos responsável pelas políticas de saúde, por indigenistas, e por membros de organizações da sociedade civil. Também os representantes das organizações indígenas estiveram presentes em todas as etapas da sua formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento.

Tratou-se de um modelo de gestão que deve contribuir para completa realização dos modelos de atenção, de organização, de financiamento e de monitoramento e avaliação. Com a finalidade de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, a política está de acordo com “os princípios e diretrizes do Sistema Único de



Saúde, considerando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à cultura.” (BRASIL, 2002, p.13).

Para a obtenção dos propósitos acima, foram estabelecidas as seguintes diretrizes: a) organização dos serviços na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Bases; b) capacitação de recursos humanos para atuação intercultural; c) monitoramento; d) promoção do uso adequado e racional de medicamentos; e) promoção de ações específicas em situações especiais; f) promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; g) promoção de ambientes saudáveis e proteção indígena e controle social (BRASIL, 2002, p.13).

Definido como modelo de organização dos serviços, guiado para um espaço etnocultural, etnogeográfico, populacional e administrativo bem delimitado, o Distrito Sanitário contempla um conjunto de atividade técnicas.

Desenvolvendo atividades administrativas e gerenciais, os Distritos Sanitários visam medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias.

Para a definição da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foram “realizadas discussões e debates com a participação de lideranças e organizações indígenas, do órgão indigenista oficial, de antropólogos, universidades e instituições governamentais e não-governamentais, secretaria municipal e estadual.” (BRASIL, 2002, p.14).

Os distritos sanitários com a responsabilidade de reorganizar as ações estabelecerão uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integradas e hierarquizadas com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde (Idem, p.14).

As equipes multiprofissionais são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde e com a participação contínua de antropólogos, educadores, engenheiros sanitários e outros (Idem; ibidem).



Desenhando a rede de atenção de forma progressiva, o primeiro atendimento ao índio é realizado por intermédio dos agentes indígenas de saúde e encaminhado para os postos de saúde ou pelas equipes multidisciplinares, conforme planejamento local.

Para a prestação da continuidade do cuidado os agentes indígenas de saúde referênciam o indígena aos Polos-Base. Eles podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência e, neste caso, numa unidade básica de saúde.

As ocorrências clínicas que não forem atendidas na primeira instância dos Polos-Bases são referenciadas para a rede de serviços do SUS. Cada distrito sanitário especial indígena organiza essas referências e contrarreferências, para o melhor atendimento aos povos indígenas de sua competência.

Para garantir o acesso à atenção de média e alta complexidade nas unidades cadastradas, são definidos procedimentos de referência, contrarreferência e incentivos para oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas.

Os indígenas que necessitaram permanecer por tempo indeterminado são encaminhados para as Casas de Saúde Indígenas (CASAI), localizadas em municípios de referência dos distritos. Lá recebem atendimento, alojamento, alimentação, assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcam consultas, exames complementares ou internações hospitalares, providenciam o acompanhamento dos pacientes e o retorno às comunidades de origem e acompanham as evoluções clínicas de cada paciente.

Em paralelo, as Casas de Saúde Indígenas (CASAI), disponibiliza atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para executar as atividades.

Para o monitoramento das ações de saúde a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, foi desenvolvido um sistema na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, porém, voltado para a população indígena, para o acompanhamento e desenvolvimento das atividades nos distritos sanitários.



Com o objetivo de fornecer subsídios para a construção de indicadores que avaliem a atenção à saúde, a organização dos serviços em especial o acesso, a sua cobertura e a sua efetividade, os fatores condicionantes e determinantes da saúde, gerar informações para estabelecer prioridade na alocação de recursos e orientação programática.

O sistema é alimentado periodicamente pelos distritos sanitários, para o acompanhamento e avaliação desta política, a informação produzida pelo Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI-SUS) um arcabouço legal construído, das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, subsidia os órgãos gestores e de controle social quanto à coerência entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas, visando a consistência entre ações planejadas e efetivamente executadas.

Destaca-se aqui que a forma como estão sendo executadas as ações descritas na política não tem alcançado plenamente seus objetivos. Muitas vezes ocorre uma simples transferência de procedimentos e tecnologias aos povos indígenas por acreditar que os mesmos não possuem saberes e práticas ligadas ao processo de recuperação da saúde.

Os povos indígenas, como outras sociedades, têm seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e tratamento da doença, muitas vezes baseados em uma abordagem holística de saúde.

A formação e a capacitação de indígenas como agente de saúde foram pensadas como uma estratégia que visa favorecer a assimilação, sem adicionar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias.

É preciso que a promoção e proteção à saúde dos povos indígenas contemplem também aspectos ambientais e culturais como a preservação das fontes de água limpas, controle de poluição de nascente, construção de poços ou captação à distância, sistema de esgotamento sanitário e destinação final de lixo, reposição de espécies utilizadas pela medicina tradicional, etc. (BRASIL, 2002, p. 20).



Nesse contexto para operacionalizar a política de saúde indígena, foi criado o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), entre suas atribuições principais o planejar, organizar e operacionalizar de forma direta ou indireta as ações e serviços de saúde para os povos indígenas (MARTINS, 2013, p. 53).

Os desafios e avanços para alcançar a efetivação da política de saúde indígena garantindo aos povos indígenas a assistência na saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão descritos no próximo capítulo.

### **3. OS DISTRITOS SANITÁRIOS INDÍGENAS E A EDUCAÇÃO PARA À SAÚDE.**

Com a promulgação da Lei n.9.836 de 1999 que definiu a Política Nacional de Saúde Indígena, instituindo o subsistema de atenção à saúde indígena e tendo como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, foi convocada as III Conferência Nacional de Saúde Indígena (III CNSI).

A sua composição contou com a participação de delegados eleitos nas conferências distritais de saúde (índios e não índios), organizações governamentais e não governamentais e instituições de ensino e pesquisa que interagem com as políticas indígenas e de saúde. Seu principal objetivo foi propor diretrizes e caminhos para efetivar o acesso, a qualidade e humanização na atenção à saúde indígena com efetivo controle social (DOU n.194-E, p.17, de 6/10/2000). Discutiu-se também a avaliação dos DSEIs, o respeito à cultura indígena, a formação de recursos humanos indígenas e o controle social do sistema.

Somente em janeiro de 2002 o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, reafirmando os 34 DSEIs como responsáveis pela execução da política. Estabeleceu que a saúde dos povos indígenas é prestada por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, considerando a



n.4 - junho (2016)

realidade local e as especificidade da cultura dos povos indígenas e o modelo adotado para atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos assistenciais à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional (FUNASA, 2002d, p.27 e 28).

A organização estabelecida pelo Subsistema de Saúde Indígena e a execução dos DSEIs deve considerar para Athias e Machado (2001, p.429)

A noção de Distrito Sanitário Indígena está centrada na organização da prestação de serviço de saúde pertinente 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 Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), tem por base os Distritos Sanitário Especial Indígena e organizados segundo critérios de “população, área geográfica, perfil epidemiológico, disponibilidade de serviços, recursos humanos infraestrutura, vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS.” (FUNASA, 2000a, p.13).

Atualmente estão instituídos no Brasil 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, distribuição por unidades federativas, população indígena, aldeias e etnias, sendo 12 dos 34 DSEIs ultrapassam divisas territoriais estaduais (MARQUES, 2003, p.50).

Cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é responsável por diversas etnias tendo duas exceções: os DSEIs Potiguara e Xavante cobrem população de apenas uma etnia, os outros tem uma média de 88 aldeias, sendo que 23 DSEIs têm população inferior a 10 mil habitante; seis tem entre 10 a 20 mil e apenas 5 têm superior a 20 mil habitantes. Com tanta diversidade há dificuldades para implementação de atenção à saúde respeitando característica cultural (MARQUES, 2003, p.51).





A atualização do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena local (SIASI-local) é composto por três módulos de entradas de dados: o demográfico, imunização e de morbidade, trabalhando com as variáveis: DSEI, polos bases, aldeias e etnias, podendo assim emitir relatórios demográficos e de indicadores de natalidade e mortalidade, morbidade, cobertura vacinal (Marques, 2003, p.135).

#### **4. CONTROLE SOCIAL EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE INDÍGENA**

A expressão “Participação Social” surgiu no âmbito do SUS a partir da aprovação da Lei n. 8.142/1990, que dispõe sobre os conselhos e conferências de saúde.

O controle social e a educação para a saúde são sinônimos de democratização das políticas públicas de saúde, dos espaços conquistados nas Conferências e nos Conselhos de Saúde. Eles incentivam os movimentos indígenas tanto para as denúncias das ausências e omissões dos serviços instituídos, quanto na luta alcançar uma qualidade de vida digna e saudável.

Historicamente a mentalidade colonial embotou a perspectiva de ações preventivas de cunho popular e democrático no campo da saúde indígena. A intolerância para com a participação de indígenas nas ações de saúde foram apenas parcialmente superadas com a institucionalização do controle social e com a atuação dos agentes de saúde indígenas. É preciso avançar muito mais, de modo a superar as âncoras da dominação da exploração e do receio do conflito que sempre povoou o imaginário colonial na relação com os indígenas (QUIJANO, 2002).

É preciso também superar a colonialidade do saber que desconsidera os conhecimentos culturais indígenas e a sua plena capacidade de decisão sobre o seu projeto de vida e de futuro.

Não basta ter leis que formalizam a participação e viabilizam até 50% dos membros de um conselho. É preciso que essa participação indígena se expresse na definição das prioridades e no controle efetivo das decisões.



## 5. BIBLIOGRAFIA

BRASIL, Conselho Nacional da Saúde. **Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.** Aprovação das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A Construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade.** São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CIMI Regional de MT. **Um diálogo com Paulo Freire sobre educação indígena.** Cuiabá: CIMI – Regional de Mato Grosso, 1982.

CLASTRES, P. **Sociedade contra o estado: pesquisas de antropologia política.** Trad. de Theo Santiago, Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

CONSTITUIÇÃO da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

FERREIRA, M.K.L. **A educação escolar indígena: um diagnóstico crítico da Situação do Brasil.** In: Antropologia, História e Educação: a questão indígena e a escola. São Paulo: Global, 2001.

FERREIRA, L.B. **O controle social no subsistema de atenção à saúde indígena: uma reflexão bioética.** 09/09/2012. 148p. [Tese]. Universidade de Brasília; Brasília, 09 de novembro de 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 37ª Ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.

GEERTZ, C. **O saber local.** Petrópolis: Vozes, 1997. p. 85 -107.

MELIÁ, B. **Educação indígena Alfabetização.** São Paulo: Edições Loyola, 1979.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Diretrizes para a Política Nacional de Educação Escolar Indígena.** Brasília: MEC, 1993.



\_\_\_\_\_. **Referencial Curricular Nacional para as Escolas Indígenas.** Brasília: MEC, 1998.

QUIJANO, A. **Colonialidade, poder, globalização e democracia.** In: Revista Novos Rumos, São Paulo: Instituto Astrojildo Pereira, 2002.

RIBEIRO, Darcy. **O processo civilizatório.** São Paulo

TEXEIRA, C.C; SIMAS, D.H; COSTA, N.M.A. **Controle social na saúde indígena: limites e possibilidade da democracia direta.** Revista Tempus Actas saúde coletiva, p. 97-113, 2013.

TODOROV, T. **A conquista da América: a questão do outro.** Trad. de Beatriz P. Moisés. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH D.R.; HASSEN M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre (RS): Tomo Editorial, 2000.