

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

CARLA CISOTTO

**ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO MUNICÍPIO DE
SÃO PAULO**

Dissertação de Mestrado apresentada
à Faculdade de Odontologia de
Piracicaba da UNICAMP para
obtenção do título de Mestre em
Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elaine Pereira
da Silva Tagliaferro

Este exemplar corresponde à versão
final da Dissertação defendida pela
aluna Carla Cisotto, e orientada pela
Prof.^a Dr.^a Elaine Pereira da Silva
Tagliaferro

Assinatura da Orientadora

PIRACICABA, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARILENE GIRELLO – CRB8/6159 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

C497a Cisotto, Carla, 1975-
Atenção à saúde indígena no município de São Paulo /
Carla Cisotto. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2012.

Orientador: Elaine Pereira da Silva Tagliaferro.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual
de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. População indígena. 2. Índios. I. Tagliaferro, Elaine
Pereira da Silva. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: Indigenous health care in the city of São Paulo

Palavras-chave em Inglês:

Indigenous population

Indians

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Elaine Pereira da Silva Tagliaferro [Orientador]

Fernanda Lopez Rosell

Dagmar de Paula Queluz

Data da defesa: 27-01-2012

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 27 de Janeiro de 2012, considerou a candidata CARLA CISOTTO aprovada.

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "E. Tagliaferro".

Profa. Dra. ELAINE PEREIRA DA SILVA TAGLIAFERRO

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "F. Rosell".

Profa. Dra. FERNANDA LOPEZ ROSELL

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "D. Queluz".

Profa. Dra. DAGMAR DE PAULA QUELUZ

RESUMO

Apesar da importância atribuída ao conceito de atenção diferenciada e do aumento do número de profissionais das Equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena atuando no Brasil, são raras as pesquisas que visam avaliar o modo como ele vem sendo concretizado. Esta pesquisa tem por objetivo descrever o modelo de atenção diferenciada à saúde implantado nas aldeias indígenas Guarani do município de São Paulo, incluindo o histórico da implantação, os principais problemas e o modo como foram superados e os desafios que ainda precisam ser vencidos, bem como a caracterização da diferença entre o modelo municipal e o modelo nacional de atenção à saúde indígena. Por meio da coleta de dados e informações realizada mediante pesquisas documentais sobre a história da ocupação Guarani em São Paulo, pesquisa documental secundária das leis, portarias ministeriais, relatórios, sistemas de informação oficiais, planilhas e documentos internos da Secretaria Municipal da Saúde, analisou-se a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no município de São Paulo e identificou-se suas características organizacionais. Com a utilização de um modelo de atenção diferenciada à saúde nas Terras Indígenas do município, foi possível implantar todos os Programas de Saúde preconizados pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, a formação de Equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena, específicas para atuar dentro das comunidades, inclusive com Auxiliar de Saúde Bucal Indígena, Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento, bem como, incrementar a participação dos índios nos serviços de saúde, contribuindo para a qualidade dos serviços num contexto intercultural.

Palavras-chave: População Indígena, Saúde indígena, Índio, Serviços de Saúde do Indígena, Atenção à Saúde.

ABSTRACT

Despite the importance given to the concept of differential care and the increasing number of professionals in multidisciplinary teams of Indigenous Healthcare in Brazil, there are few studies which assess how this differential care has been implemented. The objective of this research is to describe the model of differential care implemented in the Guarani Indian villages of São Paulo, including the history of the implementation, the main problems, how they were overcome and the challenges that still need to be faced, as well as the differences between this model and the national model of indigenous health care. By collecting data and information from documentary research on the history of the Guarani occupation in São Paulo, secondary laws, government directives, reports, official information systems, spreadsheets and internal documents of the Municipal Department of Health, the implementation of the Indigenous Healthcare subsystem was analyzed and its organizational characteristics were identified. The differential health care model developed in the indigenous territories of São Paulo made the implementation of all the health programs established by the Ministry of Health and by the São Paulo Municipal Health Secretariat possible, as well as forming multidisciplinary teams of indigenous primary health care acting within the indigenous communities, including Indigenous dental auxiliary personnel, indigenous sanitation and health agents. Also, the participation of Indians in health services was fostered, contributing to the quality of the services in an intercultural context.

Key-words: Indigenous Population; Indigenous Health; Indian; Indigenous Health Services; Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADM - Administração

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

AIS – Agente Indígena de Saúde

AISAN – Agente Indígena de Saneamento

ASIN - Assessoria de Saúde Indígena

AT – Área Técnica

CASAI – Casa de Saúde do Índio

CECI - Centro de Educação e Cultura Indígena

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

GM – Gabinete do Ministro

MS – Ministério da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU - Organização das Nações Unidas

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PHCI - Primary Health Care Indigenous

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SAS - MS – Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIASI - Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena

SIH – Sistema de Internações Hospitalar

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação Nascidos Vivos

SMS-SP – Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TABNET – Tabulador na Web

UBSI – Unidade Básica de Saúde Indígena

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	01
2	REVISÃO DA LITERATURA	05
2.1	MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	05
2.1.1	TERRITÓRIO GUARANI	05
2.1.2	OCUPAÇÃO GUARANI NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	07
2.2	MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	12
2.2.1	MODELO NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA	14
3	PROPOSIÇÃO	37
4	MATERIAL E MÉTODOS	38
5	RESULTADOS	39
5.1	MODELO DA SAÚDE INDÍGENA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	39
5.2	DESAFIOS	50
6	DISCUSSÃO	51
7	CONCLUSÃO	56
	REFERÊNCIAS	57
	ANEXO 1	61

1 INTRODUÇÃO

As diferenças étnicas e culturais dos povos do mundo vêm sendo reconhecidas como determinantes da saúde e valorizadas na busca da promoção e produção social de saúde (Barata, 2009). São notáveis os avanços históricos e manifestações de autenticidade das culturas tribais e indígenas expressos nas últimas décadas nas diretrizes de organizações como a Organização das Nações Unidas – ONU, Organização Internacional do Trabalho – OIT, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO, nos movimentos sociais e legislações de cada país (Langdon, 2000). Admitem-se nesses instrumentos o caráter pluricultural dos Estados e a superação da condição integracionista e assimilacionista das minorias étnicas que predominava anteriormente, ocorrendo novos delineamentos políticos no exercício de direitos sociais como o emprego, educação e saúde. Nesta área, importantes mudanças vêm acontecendo no âmbito da construção de políticas de saúde específicas para os povos indígenas. São exemplos disso alguns países do continente americano, como Canadá, Venezuela e Brasil.

No Brasil, o governo federal criou em 1999 um subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas, com financiamento específico (Brasil, 2007).

Tanto os princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, e controle social que orientam o Sistema Único de Saúde quanto às determinações legais conforme a Lei Arouca que acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, apontam caminhos para a superação das desigualdades de saúde que afetam os povos indígenas no Brasil (Brasil, 1990).

Estes direitos são reafirmados pela Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho, ratificada pelo Brasil em 25 de julho de 2003 e

aprovada pelo Decreto n.º 5.051, de 19 de abril de 2004 (Brasil, 2004a). A Convenção 169 garante aos povos indígenas: o direito ao respeito e integridade cultural; a consulta prévia sobre políticas que os venham a afetar; a participação livre na tomada de decisões sobre políticas que os afetem; e o dever do Estado de implementar medidas especiais, sem prejuízos dos direitos gerais de cidadania.

O artigo sobre saúde da Convenção 169 (Art. 25) garante a existência de serviços adequados e organizados em nível comunitário, de serviço centrado no atendimento primário com estreita ligação aos demais níveis, que considere as práticas tradicionais em saúde e com preferência à formação e emprego de pessoa da comunidade indígena.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do governo do Brasil visa fornecer atendimento médico às comunidades indígenas. Foi estabelecido pela lei Nº 9.836/1999, que alterou a lei Nº 8.080/90, criando – o no Sistema Único de Saúde. É organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI (Brasil, 1999). Desde agosto de 1999, o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde - Funasa, assumiu a responsabilidade de estruturar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o Sistema Único de Saúde - SUS.

A inexistência, até então, de uma Política Setorial no SUS que atendesse a diversidade dos povos indígenas comprometia acesso adequado às ações de saúde, impossibilitando o exercício da cidadania e a garantia das diretrizes estabelecidas na Constituição, no que diz respeito à atenção diferenciada à saúde dos índios.

A urgência em formular Política de Saúde que abarcasse as especificidades dos Povos Indígenas, se dava pela precariedade geral das condições de saúde, com taxas de morbimortalidade muito superiores às da população brasileira em geral.

A proposta formulada pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde foi amplamente discutida com os atores envolvidos (Organizações e Lideranças Indígenas, Universidades, Organizações Não Governamentais,

Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde) e aperfeiçoada durante o processo de construção da atual política, em mais de 16 seminários com participação de todos os povos indígenas.

O embasamento legal, além das disposições constitucionais e das Leis nº 8.080 e 8.142, se pautou na Medida Provisória n.º 1911-08, de 29 de julho de 1999 e na Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que estabeleceram a responsabilidade do Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde e a definição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Estima-se a população indígena brasileira em 490.000 pessoas, pertencentes a 220 povos, que falam mais de 180 línguas. Cada um desses povos assume diversas maneiras de se organizar diante do mundo e conseqüentemente diferentes formas de representação do processo saúde-doença e das intervenções terapêuticas (Funai, 2011).

No município de São Paulo existem três aldeias indígenas, a aldeia Tenonde Porã (26 hectares), que fica localizada na região sul da cidade, com população estimada atualmente de 954 pessoas, a aldeia Krucutu (25 hectares), localizada também na região sul da cidade, população estimada de 291 pessoas, e a Aldeia Jaraguá (quatro hectares), localizada na região norte do município e população estimada de 530 pessoas.

A partir do ano de 2004, a Secretaria Municipal da Saúde do Município de São Paulo, preocupada em levar o atendimento à saúde de forma equânime a toda população residente no Município, resolveu implantar uma forma diferenciada de assistência a essa parcela da população de características etno-culturais tão particulares como a do povo Guarani e, portanto distintas da maioria dos municípios.¹

¹ Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/populacaoindigena>.

O interesse em realizar esse trabalho surge do fato de haver poucas experiências publicadas em relação ao trabalho dos municípios na implantação de Políticas Municipais que possibilitem a superação das desigualdades de saúde nessa população. E também por ser a única Secretaria Municipal da Saúde a criar uma Área Técnica específica à Saúde da População Indígena para levar a Atenção diferenciada à Saúde a essa pequena e tão particular parcela da população paulistana que por si só já é um grande desafio.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

2.1.1 *Território Guarani*

As definições dos vários autores sobre o território Tupi Guarani provêm, ou são articuladas em função da grande dispersão da família Tupi Guarani e das migrações Guarani na região meridional. O fator “movimento” está de tal forma embutido na definição de território Guarani Mbya que é impossível caracterizá-lo sem se remeter aos movimentos migratórios e à dinâmica social desse grupo decorrente da rede de parentesco que envolve todas as suas aldeias.

A partir do início deste século as migrações Guarani em direção à costa Atlântica foram analisadas sob o ponto de vista religioso-político e registradas por autores consagrados da literatura etnográfica. Hélène Clastres em 1978 considera que as migrações religiosas encabeçadas por grandes profetas antecedem a Conquista. Métraux em 1927 registra migrações Tupi Guarani no século XVI, Nimuendaju em 1913 registra as migrações Guarani a partir do século XIX, mencionando movimentos migratórios realizados pelos Nhandeva ao litoral sul de São Paulo - bandos Taniguá (1820), Oguauiva (1860), Apapocuva (1870) e, em 1913 a chegada de um grupo, provavelmente Mbya. Já no século XX, Schaden em 1974 menciona a chegada de três grupos Mbya: em 1924, 1934 e 1946. Baseando-se no corpo de mitos e lendas que recolheu, “Leon Cadogan crê que a migração Mbya para o litoral brasileiro é mais remota do que se supõe” (Ladeira, 1996).

No início deste século, a literatura etnográfica começa a registrar a presença dos “remanescentes” Guarani no litoral sudeste. A análise de versões dos mitos de origem e construção do mundo e da sociedade Guarani Mbya é fundamental para o conhecimento de algumas regras que definem os conceitos desses índios sobre o “mundo” (terra). No plano terrestre o mundo Mbya é formado pela dimensão do seu território tradicional e pelos *tekoa* (“aldeias”), fragmentos da terra que, através de sua distribuição ordenada no mapa original, representam os suportes e estruturas desse mundo (Ladeira, 1992).

As buscas da 'terra sem mal' e de uma 'terra nova' estrutura marcadamente seu pensamento e suas vivências; a 'terra sem mal' é a síntese histórica e prática de uma economia vivida profeticamente e de uma profecia realista, com os pés no chão. Animicamente, o Guarani é um povo em êxodo, embora não desenraizado, pois a terra que procura é a que lhe servirá de base ecológica, amanhã como em tempos passados. Durante os últimos 1500 anos - período em que as tribos Guarani podem se considerar formadas com suas características próprias - os Guarani se mostraram fiéis à sua ecologia tradicional, não por inércia, mas pelo trabalho ativo que supõe a recriação e a busca das condições ambientais mais adequadas para o desenvolvimento de seu modo de ser. A tradição, neste caso, é profecia viva. A busca da 'terra sem mal', como estrutura do modo de pensar do Guarani, dá forma ao dinamismo econômico e à vivência religiosa, que lhe são tão próprios (Meliá, 1987).

Conservando um vasto território, que compreende partes do Brasil, Uruguai, Argentina e Paraguai, os Guarani conseguiram manter a configuração de seu mundo através de inúmeras aldeias distribuídas nesses limites. Entretanto, se o território dos Guarani não é ocupado de forma contígua por eles, este fato deve-se a expansão das sociedades nacionais em suas diversas esferas e não à perda de tradição desses índios com suas terras invadidas. Muito ao contrário, os Guarani conservam uma relação simbólica e prática com o 'mundo original'. A ocupação Guarani em suas aldeias e território é, entretanto incontestavelmente tradicional e acontece através de dinâmicas próprias e seculares e da manutenção da reciprocidade entre aldeias e famílias que habitam 'permanentemente' o mesmo espaço geográfico" (Ladeira, 1997).

Nimuendaju, em 1913, já observara a perseverança dos Guarani, apontada em seus relatos sobre as caminhadas em direção ao mar, que presenciou no início do século. Hoje também se comprova a insistência dos Mbya em permanecer no litoral, muitas vezes em locais desfavoráveis e inadequados a eles, do ponto de vista da subsistência, e sem recursos. Além do motivo comum - a busca da terra sem mal (yvy marãey), da terra perfeita (yvyju miri), o paraíso, onde para se chegar é preciso atravessar a 'grande água', o modo como os grupos familiares traçam sua história através das caminhadas, recriando e recuperando sua tradição num 'novo' lugar, faz com

que sejam portadores de uma experiência de vida e de sobrevivência também comuns (Ladeira, 1992).

2.1.2 Ocupação Guarani no Município de São Paulo

Em 1902, Benedito Calixto registra a presença Mbya no planalto paulista, na atual região de Parelheiros. Pode-se observar, entretanto que os documentos históricos e registros pouco sistemáticos sobre a presença Guarani Mbya e Nhandeva no litoral sul e sudeste não dão conta da realidade vivida por esses índios, sobretudo nos séculos anteriores, onde a ausência de fontes é quase total. Através de depoimentos e histórias de vida colhidos nos últimos 20 anos em aldeias Guarani do litoral do ES, RJ, SP, PR, SC é possível identificar integrantes de grupos mencionados pelos autores citados bem como levantar outros movimentos originados no Paraguai, a partir da Guerra do Paraguai, e da Argentina até recentemente. Esses movimentos e relatos atuais vêm acrescentar novos dados e informações sobre o território desses índios, sobre seus pontos de parada e de passagem e a formação de novas aldeias. Também é importante notar que os Guarani incorporaram o litoral, com suas serras, a mata Atlântica e o mar, como território “original” conforme mencionam relatos míticos da criação do Mundo (Ladeira, 1992).

Para Nimuendaju, etimologicamente, Paranapiacaba que Montoya transcreve como “Ybitu guaçu parana piahaba” tem o mesmo significado de dique do mar. Assim, a Serra do Mar é a terra que pode reter, esconder, proteger do mar. “Lugar de onde se vê o mar” era a tradução de Paranapiacaba, nome atribuído pelos antigos Tupi a Serra do Mar (Nimuendaju, 1987).

As aldeias Guarani situadas no município de São Paulo foram formadas por grupos familiares cuja perspectiva é o acesso à Serra do Mar e a proximidade relativa do mar. Sua localização estratégica favorece a recepção, a permanência temporária, e cada vez mais definitiva, de grupos familiares vindos do interior. A importância das aldeias de Parelheiros como local de encontro e troca de informações já é notada no início dos anos 80, assim como a interdependência entre as aldeias do litoral. Com a abertura de estradas e com o crescente

desmatamento junto à Serra do Mar para fins imobiliários, os Guarani vêm desviando seu trajeto embora ainda identifiquem, com precisão e à distância, onde se situavam e ainda se situam, nas regiões não desmatadas, as trilhas de acesso aos locais de coleta, caça, pesca, extração de matéria prima para o artesanato e às aldeias. O caminho que liga as aldeias Tenonde Porã e do Krucutu à do Rio Branco (Litoral Sul) é o mais utilizado. Este percurso, que é feito a pé pelos índios em busca dos recursos naturais e nas visitas sociais, demonstra a estratégia de localização de seus núcleos (Ladeira, 1984).

A área da unidade territorial (Km²) do município de São Paulo, de acordo com o IBGE, é de 1.523,278 Km². É considerada a maior cidade do Brasil, tanto em termos de integração social, cultural, econômica e política. A sua área metropolitana tem 11.283.503 habitantes com uma densidade demográfica (hab./Km²) de 7.387,69 (se levarmos em conta o total da população estimada pelo IBGE em 2010), tornando-se a terceira cidade mais populosa do mundo depois de Tóquio e Cidade do México (Tabela 1 e Figura 1). São Paulo tem fortes disparidades socioeconômicas: enquanto a área da cidade mais próxima ao centro é rica e desenvolvida, as áreas periféricas sofrem com falta de infraestrutura, pobreza e habitação. São Paulo apresenta graves problemas de segregação sócio espacial.

Tabela 1 – Caracterização da População do município de São Paulo.

Município São Paulo					
Faixa Etária (anos)					
Homens					
<1	1 – 4	5 – 14	15-49	>49	Total
72580	289129	824028	3091174	1081721	5358632
Mulheres					
<1	1 – 4	5 – 14	15-49	>49	Total
70263	278955	801681	3301784	1472188	5924871
Total					
<1	1 – 4	5 – 14	15-49	>49	Total
142843	568084	1625709	6392958	2553909	11283503

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

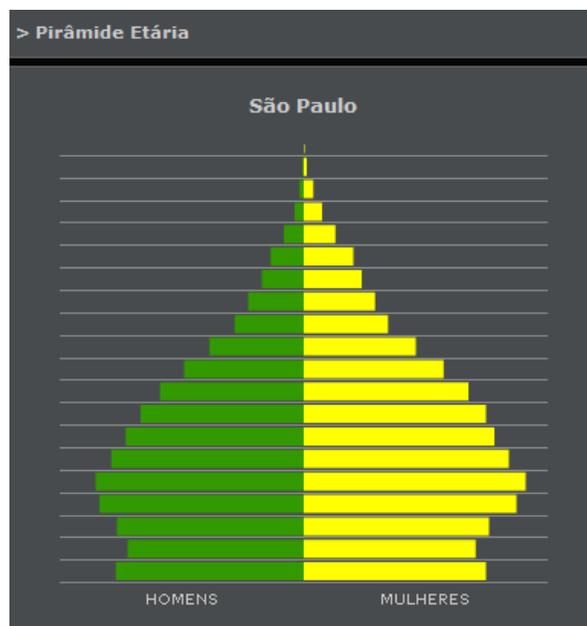


Figura 1 – Pirâmide Populacional do município de São Paulo

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Dentro desse contexto de grandeza, complexidade e diversidade de realidades do território do município, encontram-se três aldeias indígenas, localizadas nos extremos sul e norte da cidade, indígenas da etnia Guarani, com aproximadamente 1.800 pessoas que vivem em um pequeno espaço de terra, insuficiente para manter a integralidade de sua cultura e modos tradicionais de viver. Apesar das dificuldades em manter seu modo tradicional de vida, mantém o idioma Guarani como principal meio de comunicação interna nas aldeias e como forma de incentivar a manutenção de sua linguística, o poder público mantém escolas dentro de suas comunidades (Centro de Educação e Cultura Indígena – CECI e ensino fundamental), os professores na sua maioria são indígenas.

O povo Guarani mantém ainda em uso, sua medicina tradicional utilizando-se de parteiras e pajés. Seu meio de subsistência atualmente é incipiente, basicamente sustentado pela fabricação e venda de artesanato.

A aldeia Tenonde Porã (26 hectares) fica localizada na região sul da cidade, com população estimada atualmente de 954 pessoas. Dessa população, 49,4% são de 0 a 14 anos, 44,8% de 15 a 49 anos e 5,8% de 50 anos ou mais; a aldeia Krucutu (25 hectares), localizada também na região sul da cidade, população estimada de 291 pessoas, 53% são de 0 a 14 anos, 40,4% de 15 a 49 anos e 6,6% de 50 anos ou mais; e a Aldeia Jaraguá (4hectares), localizada na região norte do município e população estimada de 530 pessoas sendo 56,8% de 0 a 14 anos, 39,6% de 15 a 49 anos e 3,6% de 50 anos ou mais (Tabela 2 e Figuras 2).

Tabela 2 – Caracterização da População Indígena Guarani do município de São Paulo.

Aldeia	Etnia	Faixa Etária (anos)										Total
		Homens					Mulheres					
		<1	1 – 4	5 – 14	15 – 49	>49	<1	1 – 4	5 – 14	15 – 49	>49	
Tenonde Porã	Guarani	6	46	162	224	26	6	52	171	227	34	954
Krucutu	Guarani	0	24	53	58	9	2	18	58	59	10	291
Jaraguá	Guarani	18	45	63	151	11	17	50	74	88	13	530
Total		24	115	278	433	46	25	120	303	374	57	1775

Fonte: SIASI WEB, 2010.

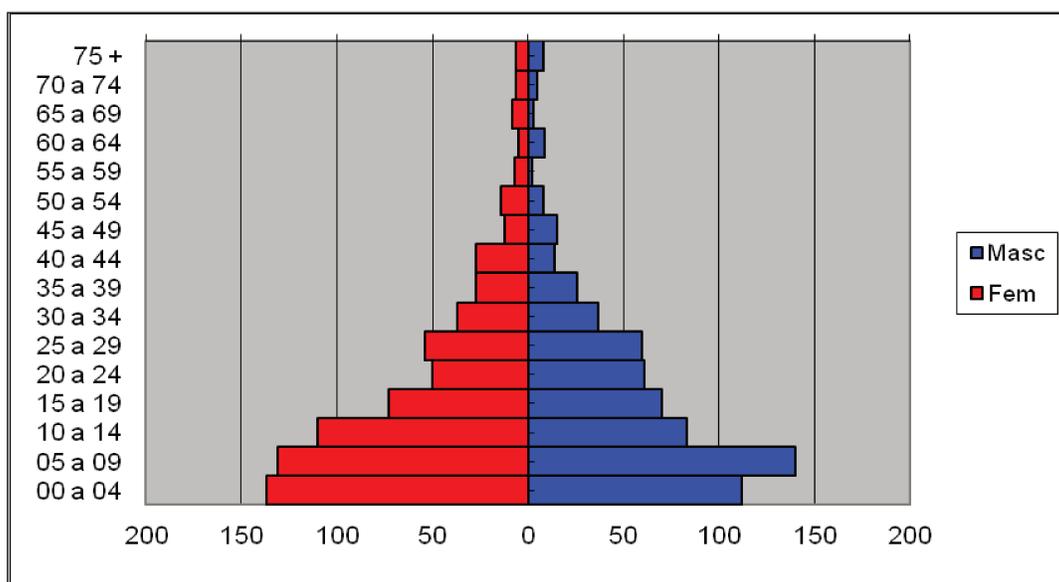


Figura 2 – Pirâmide Populacional do município de São Paulo

Fonte: SIASI WEB, 2010.

2.2 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Considerando a definição de modelo de atenção à saúde consagrada no campo da Saúde Coletiva, que também tem servido de base para orientação de políticas e práticas de saúde, em que:

Modelo não é padrão, não é exemplo, não é burocracia. Modelo é uma razão de ser – uma racionalidade. É uma espécie de lógica que orienta a ação. Modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial não é uma forma de organizar os serviços de saúde. Também não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. Modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas e processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor combinar os meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos.

Corresponde à dimensão técnica das práticas de saúde. Incorpora uma “lógica” que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde (modelo da intervenção em saúde) (Paim, 2002).

A forma como as ações são organizadas para enfrentar os problemas no território orientam as práticas sanitárias, que devem estar voltadas para o enfrentamento dos problemas contínuos tendo como *locus* privilegiado de atuação o território-microárea, mas também dirigidas a intervenção pontual, sobre problemas individuais, ou seja, a atenção à demanda, que deve ser organizada no território-área articulado à rede de serviços assistenciais.

A atenção à saúde deve basear-se no princípio de territorialidade, sua principal premissa e considerar o território, bem mais que uma extensão geográfica, como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexistente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, etc. Sob este aspecto, abordar o território como espaço de ação das práticas de atenção à saúde permitir apreender a dinâmica das populações que nele habitam, as

condições de vida e as diferentes situações ambientais que as afetam (Monken & Barcellos, 2007). No entanto, em muitos casos reduz-se o conceito de território, utilizando-o de uma forma meramente administrativa para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção.

Ao falar de modelo de atenção à saúde estaremos falando de relações orientadas para a superação de problemas e atendimento de necessidades de saúde. Não há, portanto, como falar de modelo de atenção à saúde indígena sem considerar as relações das comunidades indígenas entre si e com a sociedade envolvente e suas implicações na manutenção de lacunas no que diz respeito à aplicação de alguns princípios que deveriam orientar a proteção, a promoção e atenção à saúde, especialmente do princípio da universalidade e da equidade.

O preenchimento de algumas destas lacunas consistem nos desafios que devem ser encarados na construção de um modelo de atenção diferenciada à saúde indígena, e não necessariamente de um modelo diferenciado de atenção, que remeteria a privilégios.

A garantia de acesso ao sistema de prestação de cuidados à saúde, pressuposta no princípio da universalidade, é ameaçada não somente pela barreira geográfica, imensa em algumas regiões do país, com poucos meios de transporte e comunicação, mas também por outras circunstâncias que viabilizam ou não a utilização dos serviços pelos usuários (políticas, sociais, econômicas e, especialmente em relação aos povos indígenas, culturais). Já foi notado o risco de que a implantação de programas que visem à extensão de cobertura venha a perder de foco a integralidade, constituindo-se em “subsistemas” de atenção “simplificada” e não “diferenciada” (Malta & Santos, 2003).

Defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos.

Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica. Isso confere às práticas de saúde um caráter de prática de conversação,

na qual nós, profissionais de saúde, utilizamos nossos conhecimentos para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada sujeito com o qual nos relacionamos, para reconhecer amplamente os conjuntos de ações que podemos pôr em prática (incluindo ações como o aconselhamento e as chamadas práticas de educação em saúde) para responder as necessidades que apreendemos (Matos, 2004).²

2.2.1 Modelo Nacional de Saúde Indígena

No Brasil, ocorreram mudanças na legislação a partir do ano de 1999, sendo acrescentado um dispositivo à Lei nº 8080, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Outro marco orientador foi a aprovação de Portaria do Ministério da Saúde que trata da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e que integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal (Brasil, 2002).

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, 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 à sua cultura. Para o alcance desse propósito, uma das diretrizes estabelecidas por essa política foi a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam.

² Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modelo_atencao_saude_indigena.pdf

O conceito utilizado nesta proposta define o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social chamados de Conselhos Distritais de Saúde Indígena - CONDISI.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Brasil está organizado na forma de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI (Figura 3).

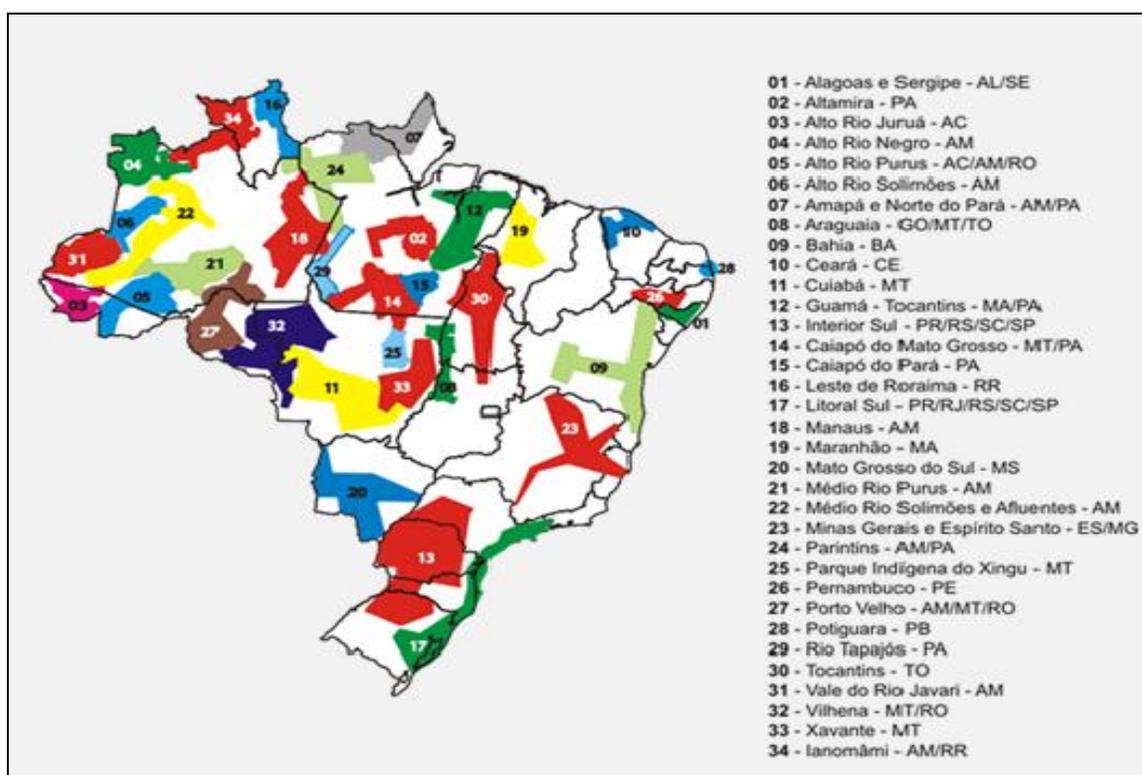


Figura 3 - Localização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI

Fonte: SESAI/MS, 2011.

A estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI é composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas; pelos Pólos - Base com Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e pela Casa de Saúde do Índio

- CASAI que apóia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade (Brasil, 2004b).

As Equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena – EMSI, deverão ser constituídas por: médicos, cirurgiões dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal - ASB, agentes indígenas de saúde - AIS, agentes indígenas de saneamento - AISAN, para atuarem nas aldeias indígenas. Representa um dos principais pilares da estrutura da Atenção Básica à Saúde Indígena, pois permite levar às comunidades indígenas o atendimento diferenciado e equânime preconizado no SUS (Brasil, 2007).

Com relação ao serviço de referência e contra-referência na Política de Atenção à Saúde Indígena o modelo proposto nacionalmente é: os Postos de Saúde das aldeias encaminham para os Pólos Base, os quais devem encaminhar para os serviços de atenção secundária e terciária de referência do SUS ou para as Casas de Saúde do Índio – CASAI (Figura 4).

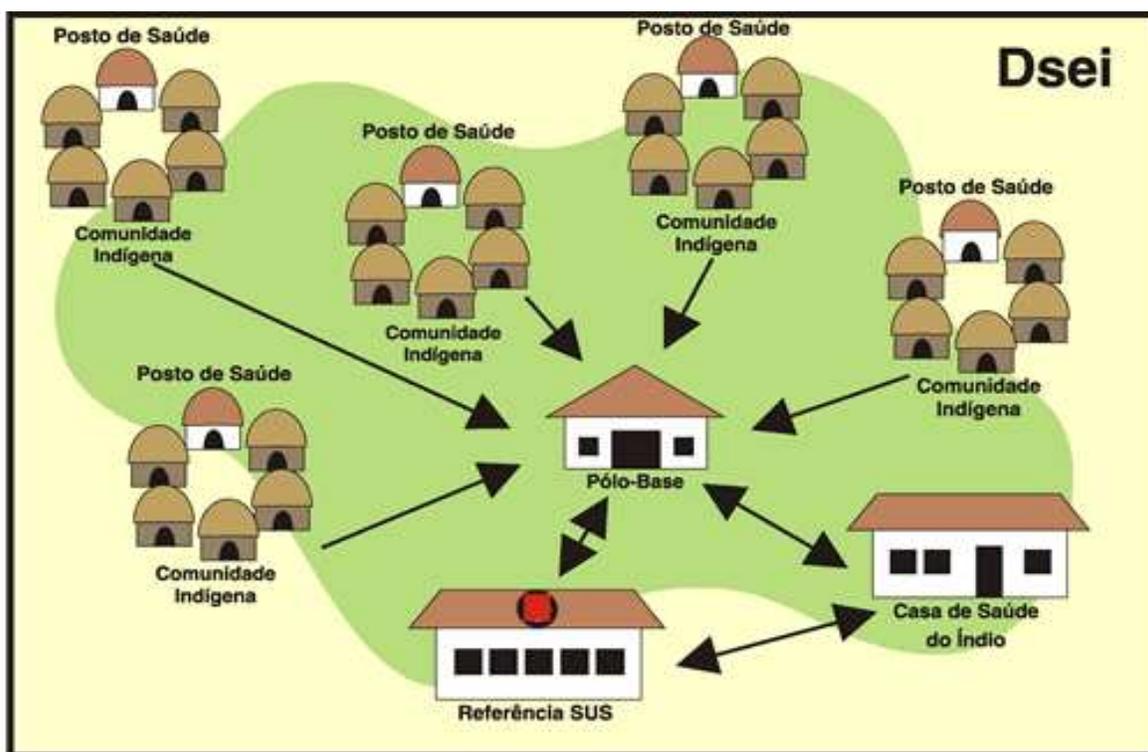


Figura 4 – Organização do DSEI e Modelo Assistencial

Fonte: SESAI/MS, 2011.

Na grande maioria dos estados brasileiros, a contratação das Equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena – EMSI, desde setembro de 1999, é realizada através de convênios entre a FUNASA e Organizações Não Governamentais – ONGs, as quais nem sempre fazem articulações com os serviços municipais e estaduais de saúde. Essa situação pode ser evidenciada quando se tem conhecimento do número de profissionais contratados por categoria profissional e vínculo empregatício (Figura 5).

CATEGORIA PROFISSIONAL	QUANT. TOTAL	LOTAÇÃO				CONTRATAÇÃO		
		Posto de Saúde	Pólo Base	CASAI	Adm.	FUNASA	Convênio FUNASA	Município
Auxiliar S. Bucal	8	4	4				6	2
Agente Indígena de Saúde		16	23				29	10
Agente Indígena de Saneamento	27	13	14				24	3
Agente Indígena de Proteção Ambiental								1
Agente de Zoonoses								1
Antropólogo	1			1			1	
Aux. Escritório	16	3	6	3	4		13	3
Aux. Serviços Gerais								3
Aux. enfermagem.	45	14	7	23	1	5	34	6
Coordenador Administrativo	1			1			1	
Enfermeiro	22	7	7	7	1	1	17	4
Farmacêutico	2				1		1	1
Médico generalista	11	4	5		2	2	6	3
Odontólogo	11	7	3		1		9	2
Psicólogo	2			1	1		2	
Motorista	28	8	16	4		5	21	2
Téc. Laboratório	1		1			1		
Ag. de saúde pública	2		2			2		
Bibliotecária	1		1			1		
Técnico em Saúde	1				1	1		
Pedagoga	1			1			1	
Educadora física	1			1			1	
Técnico de Farmácia								1
Porteiro								1
Segurança								4
Vigia								2
TOTAL	233	90	89	42	12	18	166	49

Figura 5 – Recursos humanos contratados para a Saúde Indígena no Estado de São Paulo.

Além da atenção básica, o convênio prevê pagamentos de despesas com medicamentos, consultas especializadas, exames complementares, alimentação, hospedagem e deslocamento para tratamento fora do domicílio, órteses e próteses (Figura 6).

Código	Item	Elemento de Despesa
	1. Atenção à Saúde	
	1.1. Recursos Humanos (Salário Bruto)	
1.1.1	AIS	3390.36
1.1.2	AISAN	3390.36
1.1.3	Antropólogo	3390.36
1.1.4	Assistente Administrativo	3390.36
1.1.5	Assistente Social	3390.36
1.1.6	Auxiliar Administrativo	3390.36
1.1.7	Auxiliar de Cirurgião-Dentista	3390.36
1.1.8	Auxiliar de Embarcação Fluvial	3390.36
1.1.9	Auxiliar de Enfermagem I	3390.36
1.1.10	Auxiliar de Enfermagem II	3390.36
1.1.11	Auxiliar de Serviços Gerais	3390.36
1.1.12	Cozinheiro	3390.36
1.1.13	Digitador	3390.36
1.1.14	Enfermeiro I	3390.36
1.1.15	Enfermeiro II	3390.36
1.1.16	Intérprete	3390.36
1.1.17	Médico	3390.36
1.1.18	Microscopista	3390.36
1.1.19	Motorista (06 Meses)	3390.36
1.1.20	Nutricionista I	3390.36
1.1.21	Nutricionista II	3390.36
1.1.22	Odontólogo I	3390.36
1.1.23	Odontólogo II	3390.36
1.1.24	Operador de Radiofonia	3390.36
1.1.25	Piloto de Aeronave	3390.36
1.1.26	Piloto de Embarcação Fluvial	3390.36
1.1.27	Técnico de Enfermagem I	3390.36
1.1.28	Técnico de Enfermagem II	3390.36
1.1.29	Técnico de Laboratório	3390.36
1.1.30	Técnico de Saneamento	3390.36
1.1.31	Técnico em Higiene Dental	3390.36
1.1.32	Vigilante	3390.36
1.1.33	Outras Funções	3390.36

Continua

continuação

Código	Item	Elemento de Despesa
1.1.34	RH – Terceirização	3390.39
1.1.35	Auxiliar de Epidemiologia	3390.36
1.1.36	Auxiliar de Farmácia	3390.36
1.1.37	Auxiliar de Logística	3390.36
1.1.38	Chefe de Epidemiologia	3390.36
1.1.39	Chefe de Logística	3390.36
1.1.40	Chefe de Transporte	3390.36
1.1.41	Entomólogo	3390.36
1.1.42	Farmacêutico/Bioquímico	3390.36
1.1.43	Técnico de Entomologia	3390.36
1.1.44	Auxiliar de Entomologia	3390.36
1.1.45	Encarregado e Manutenção Mecânica	3390.36
1.1.46	Técnico de Serviço de Apoio	3390.36
1.1.47	Operador de Raios-X	3390.36
1.1.48	Técnico de Infra-estrutura	3390.36
1.1.49	Auxiliar de Infra-estrutura	3390.36
1.1.50	Educador em Saúde II	3390.36
1.1.51	Intérprete Indígena	3390.36
1.1.52	Piloto Náutico Indígena	3390.36
1.1.53	Insalubridade	3390.36
	1.2. Encargos Sociais (Patronal)	
1.2.1	INSS	3390.36
1.2.2	PIS	3390.36
1.2.3	FGTS	3390.36
1.2.4	13º Salário	3390.36
1.2.5	1/3 Férias	3390.36
1.2.6	Multa FGTS	3390.36
1.2.7	Aviso Prévio	3390.36
1.2.8	INSS s/ 1/3 Férias	3390.36
1.2.9	INSS s/13º Salário	3390.36
1.2.10	FGTS s/13º Salário	3390.36
1.2.11	Multa FGTS s/13º Salário	3390.36
1.2.12	Férias Proporcionais	3390.36
1.2.13	Juros s/ Encargos	3390.36
1.2.14	Verbas Rescisórias Vencidas	3390.36
1.2.15	INSS	3390.47
	1.3. Mão de Obra Eventual	
1.3.1	Assessoria Antropológica	3390.36
1.3.2	Assessoria Contábil	3390.36
1.3.3	Assessoria Jurídica	3390.36
1.3.4	Assessorias Diversas	3390.36
1.3.5	Auxiliar de Barco	3390.36

Continua

continuação

Código	Item	Elemento de Despesa
1.3.6	Auxiliar de Serviços Gerais	3390.36
1.3.7	Carregadores	3390.36
1.3.8	Chaveiro	3390.36
1.3.9	Cozinheiro	3390.36
1.3.10	Eletricista	3390.36
1.3.11	Encanador/Bombeiro	3390.36
1.3.12	Estagiários	3390.36
1.3.13	Mecânico	3390.36
1.3.14	Médico do Trabalho	3390.36
1.3.15	Motorista	3390.36
1.3.16	Operador de Raios-X	3390.36
1.3.17	Pedreiro/Servente	3390.36
1.3.18	Pintor	3390.36
1.3.19	Prático de Barco	3390.36
1.3.20	Tradutor	3390.36
1.3.21	Outras Funções	3390.36
1.3.22	Auxiliar Enfermagem	3390.36
	1.4. Capacitação de Recursos Humanos/Equipe Multidisciplinar	
1.4.1	Ajuda de Custo	3390.36
1.4.2	Alimentação - Pessoa Física	3390.36
1.4.3	Alimentação - Pessoa Jurídica	3390.39
1.4.4	Combustível	3390.30
1.4.5	Frete de Aeronave/Barco (Encomendas, Insumos)	3390.39
1.4.6	Frete de Aeronave (Passageiros)	3390.33
1.4.7	Gêneros Alimentícios	3390.30
1.4.8	Hospedagem - Pessoa Física	3390.36
1.4.9	Hospedagem - Pessoa Jurídica	3390.39
1.4.10	Instrutor - Pessoa Física	3390.36
1.4.11	Instrutor - Pessoa Jurídica	3390.39
1.4.12	Locação Espaço Físico - Pessoa Física	3390.36
1.4.13	Locação Espaço Físico - Pessoa Jurídica	3390.39
1.4.14	Material Didático	3390.30
1.4.15	Passagens (Aérea/Fluvial/Terrestre)	3390.33
1.4.16	Reprografia - Pessoa Jurídica	3390.39
1.4.17	Reprografia - Pessoa Física	3390.36
	1.5 Capacitação de Recursos Humanos/AIS	
1.5.1	Ajuda de Custo	3390.36
1.5.2	Alimentação - Pessoa Física	3390.36
1.5.3	Alimentação - Pessoa Jurídica	3390.39
1.5.4	Combustível	3390.30

Continua

continuação

Código	Item	Elemento de Despesa
1.5.5	Frete de Aeronave/Barco (Encomendas, Insumos)	3390.39
1.5.6	Frete de Aeronave (Passageiros)	3390.33
1.5.7	Gêneros Alimentícios	3390.30
1.5.8	Hospedagem - Pessoa Física	3390.36
1.5.9	Hospedagem - Pessoa Jurídica	3390.39
1.5.10	Instrutor - Pessoa Física	3390.36
1.5.11	Instrutor - Pessoa Jurídica	3390.39
1.5.12	Locação Espaço Físico - Pessoa Física	3390.36
1.5.13	Locação Espaço Físico - Pessoa Jurídica	3390.39
1.5.14	Material Didático	3390.30
1.5.15	Passagens (Aérea/Fluvial/Terrestre)	3390.33
1.5.16	Reprografia - Pessoa Física	3390.36
1.5.17	Reprografia - Pessoa Jurídica	3390.39
	1.6 Capacitação de Recursos Humanos/AISAN	
1.6.1	Ajuda de Custo	3390.36
1.6.2	Alimentação - Pessoa Física	3390.36
1.6.3	Alimentação - Pessoa Jurídica	3390.39
1.6.4	Combustível	3390.30
1.6.5	Frete de Aeronave/Barco (Encomendas, Insumos)	3390.39
1.6.6	Frete de Aeronave (Passageiros)	3390.33
1.6.7	Gêneros Alimentícios	3390.30
1.6.8	Hospedagem - Pessoa Física	3390.36
1.6.9	Hospedagem - Pessoa Jurídica	3390.39
1.6.10	Instrutor - Pessoa Física	3390.36
1.6.11	Instrutor - Pessoa Jurídica	3390.39
1.6.12	Locação Espaço Físico - Pessoa Física	3390.36
1.6.13	Locação Espaço Físico - Pessoa Jurídica	3390.39
1.6.14	Material Didático	3390.30
1.6.15	Passagens (Aérea/Fluvial/Terrestre)	3390.33
1.6.16	Reprografia - Pessoa Física	3390.36
1.6.17	Reprografia - Pessoa Jurídica	3390.39
	1.7 Capacitação de Recursos Humanos/ Nível Médio	
1.7.1	Ajuda de Custo	3390.36
1.7.2	Alimentação - Pessoa Física	3390.36
1.7.3	Alimentação - Pessoa Jurídica	3390.39
1.7.4	Combustível	3390.30
1.7.5	Frete de Aeronave/Barco (Encomendas, Ins.)	3390.39
1.7.6	Frete de Aeronave (Passageiros)	3390.33

Continua

continuação

Código	Item	Elemento de Despesa
1.7.7	Gêneros Alimentícios	3390.30
1.7.8	Hospedagem - Pessoa Física	3390.36
1.7.9	Hospedagem - Pessoa Jurídica	3390.39
1.7.10	Instrutor - Pessoa Física	3390.36
1.7.11	Instrutor - Pessoa Jurídica	3390.39
1.7.12	Locação Espaço Físico - Pessoa Física	3390.36
1.7.13	Locação Espaço Físico - Pessoa Jurídica	3390.39
1.7.14	Material Didático	3390.30
1.7.15	Passagens (Aérea/Fluvial/Terrestre)	3390.33
1.7.16	Reprografia - Pessoa Física	3390.36
1.7.17	Reprografia - Pessoa Jurídica	3390.39
1.7.18	Material Didático	3390.39
	1.8. Deslocamento da Equipe de Saúde	
1.8.1	Ajuda de Custo	3390.36
1.8.2	Alimentação - Pessoa Física	3390.36
1.8.3	Alimentação - Pessoa Jurídica	3390.39
1.8.4	Combustível	3390.30
1.8.5	Frete de Aeronave/Veículo/Barco	3390.33
1.8.6	Frete de Aeronave/Barco/Veículos - (Encomendas, Insumos)	3390.39
1.8.7	Gêneros Alimentícios	3390.30
1.8.8	Hospedagem - Pessoa Física	3390.36
1.8.9	Hospedagem - Pessoa Jurídica	3390.39
1.8.10	Passagens (Aérea/Fluvial/Terrestre)	3390.33
1.8.11	Instrutor - Pessoa Física	3390.36
1.8.12	Instrutor - Pessoa Jurídica	3390.39
1.8.13	Locação Espaço Físico - Pessoa Física	3390.36
1.8.14	Locação Espaço Físico - Pessoa Jurídica	3390.39
1.8.15	Material Didático	3390.30
1.8.16	Passagens (Aérea/Fluvial/Terrestre)	3390.33
1.8.17	Reprografia - Pessoa Física	3390.36
1.8.18	Reprografia - Pessoa Jurídica	3390.39
1.8.19	Frete de Aeronave/Veículo/Barco	3390.39
	1.9 Remoção de Paciente	
1.9.1	Ajuda de Custo	3390.36
1.9.2	Alimentação - Pessoa Física	3390.36
1.9.3	Alimentação - Pessoa Jurídica	3390.39
1.9.4	Combustível	3390.30
1.9.5	Frete de Aeronave/Veículo/Barco	3390.33
1.9.6	Gêneros Alimentícios	3390.30
1.9.7	Hospedagem - Pessoa Física	3390.36
1.9.8	Hospedagem - Pessoa Jurídica	3390.39

Continua

continuação

Código	Item	Elemento de Despesa
1.9.9	Material de Consumo Diversos (Rede, Roupa, Higiene)	3390.30
1.9.10	Passagens (Aérea/Fluvial/Terrestre)	3390.33
1.9.11	Frete de Aeronave/Veículo/Barco	3390.39
1.10. Suprimento de Insumos (Pólo/Aldeia)		
1.10.1	Ajuda de Custo	3390.36
1.10.2	Alimentação - Pessoa Física	3390.36
1.10.3	Alimentação - Pessoa Jurídica	3390.39
1.10.4	Combustível	3390.30
1.10.5	Dist. Gratuita de Suplemento Alimentar (Desnutrição)	3390.32
1.10.6	Equipamento de Proteção Individual	3390.30
1.10.7	Frete de Aeronave/Barco/Veículos - (Encomendas, Insumos)	3390.39
1.10.8	Frete Fluvial - Pessoa Física	3390.36
1.10.9	Gêneros Alimentícios	3390.30
1.10.10	Hospedagem de Paciente - Pessoa Física	3390.36
1.10.11	Hospedagem de Paciente - Pessoa Jurídica	3390.39
1.10.12	Material de Consumo Laboratorial	3390.30
1.10.13	Material de Consumo Médico/Enfermagem	3390.30
1.10.14	Material de Consumo Odontológico	3390.30
1.10.15	Material de Copa e Cozinha	3390.30
1.10.16	Material de Reparo (Construção)	3390.30
1.10.17	Medicamentos	3390.30
1.10.18	Passagens (Aérea/Fluvial/Terrestre)	3390.33
1.10.19	Reprografia - Pessoa Física	3390.36
1.10.20	Reprografia - Pessoa Jurídica	3390.39
1.10.21	Serviços Gráficos	3390.39
1.10.22	Outros (Material de Consumo)	3390.30
1.10.23	Medicamentos	3390.39
1.10.24	Material de Consumo - Terceiros	3390.39
1.10.25	Combustível - Terceiros	3390.39
1.11 Manutenção Geral		
1.11.1	Equipamentos de Comunicação - Peças de Reposição	3390.30
1.11.2	Equipamentos de Comunicação - Pessoa Física	3390.36
1.11.3	Equipamentos de Comunicação - Pessoa Jurídica	3390.39
1.11.4	Equipamentos de Escritório - Peças de Reposição	3390.30
1.11.5	Equipamentos de Escritório - Pessoa Física	3390.36

Continua

continuação

Código	Item	Elemento de Despesa
1.11.6	Equipamentos de Escritório - Pessoa Jurídica	3390.39
1.11.7	Equipamentos. de Informática - Peças de Reposição	3390.30
1.11.8	Equipamentos de Informática - Pessoa Física	3390.36
1.11.9	Equipamentos de Informática Pessoa Jurídica	3390.39
1.11.10	Equipamentos Médicos/Odontológicos - Peças de Reposição	3390.30
1.11.11	Equipamentos Médicos/Odontológicos - Pessoa Física	3390.36
1.11.12	Equipamentos Médicos/Odontológicos – Pessoa Jurídica	3390.39
1.11.13	Manutenção Predial - Material de Consumo	3390.30
1.11.14	Manutenção Predial - Pessoa Física	3390.36
1.11.15	Manutenção Predial - Pessoa Jurídica	3390.39
1.11.16	Meios de Transporte - Material de Reposição	3390.30
1.11.17	Meios de Transporte - Pessoa Física	3390.36
1.11.18	Meios de Transporte - Pessoa Jurídica	3390.39
1.11.19	Material de Consumo Diversos	3390.30
1.11.20	Outros Serviços Prestados - Pessoa Física	3390.36
1.11.21	Outros Serviços Prestados - Pessoa Jurídica	3390.39
	1.12. Outros Custos	
1.12.1	Água	3390.39
1.12.2	Aluguel - Pessoa Física	3390.36
1.12.3	Aluguel - Pessoa Jurídica	3390.39
1.12.4	Correio/Malote Aéreo	3390.39
1.12.5	Energia	3390.39
1.12.6	Kit para os AIS	3390.30
1.12.7	Material de Expediente	3390.30
1.12.8	Material de Limpeza e Higienização	3390.30
1.12.9	Provedor de Internet	3390.39
1.12.10	Seguro Obrigatório de Veículos e IPVA	3390.39
1.12.11	Serviços Administrativos - Pessoa Jurídica	3390.39
1.12.12	Serviços Administrativos - Pessoa Física	3390.36
1.12.13	Telefone/Fax	3390.39
1.12.14	Vale Transporte	3390.39
1.12.15	Material de Consumo Diversos	3390.30
1.12.16	Outros Serviços Prestados - Pessoa Física	3390.36
1.12.17	Outros Serviços Prestados - Pessoa Jurídica	3390.39
	1.13 Procedimentos Especializados Não Disponíveis no SUS	
1.13.1	Cirurgias	3390.39
1.13.2	Consulta Especializada - Pessoa Física	3390.36

Continua

continuação

Código	Item	Elemento de Despesa
1.13.3	Consulta Especializada - Pessoa Jurídica	3390.39
1.13.4	Diárias de UTI	3390.39
1.13.5	Exame Especializado - Pessoa Física	3390.36
1.13.6	Exame Especializado - Pessoa Jurídica	3390.39
1.13.7	Fornecimento Gratuito de Órtese, Prótese, Óculos e Cadeira de Rodas	3390.32
1.13.8	Internação em Clínica Privada	3390.39
	2 - Manutenção de Casa de Saúde Indígena	
	2.1 Pacientes Referenciados	
2.1.1	Água	3390.39
2.1.2	Aluguel - Pessoa Física	3390.36
2.1.3	Aluguel - Pessoa Jurídica	3390.39
2.1.4	Combustível	3390.30
2.1.5	Energia	3390.39
2.1.6	Material de Consumo Laboratorial	3390.30
2.1.7	Material de Consumo Médico/Enfermagem	3390.30
2.1.8	Material de Consumo Odontológico	3390.30
2.1.9	Material de Copa e Cozinha	3390.30
2.1.10	Material de Expediente	3390.30
2.1.11	Material de Limpeza e Higienização	3390.30
2.1.12	Medicamentos	3390.30
2.1.13	Telefone/Fax	3390.39
2.1.14	Alimentação - Pessoa Física	3390.36
2.1.15	Alimentação - Pessoa Jurídica	3390.39
2.1.16	Gêneros Alimentícios	3390.30
	2.2 Remoção de Pacientes (Retorno à Aldeia)	
2.2.1	Ajuda de Custo para Paciente em Remoção	3390.36
2.2.2	Alimentação - Pessoa Física	3390.36
2.2.3	Alimentação - Pessoa Jurídica	3390.39
2.2.4	Combustível	3390.30
2.2.5	Frete de Aeronave/Barco/Veículos - (Encomendas, Insumos)	3390.39
2.2.6	Frete de Aeronave/Veículo/Fluvial	3390.33
2.2.7	Gêneros Alimentícios	3390.30
2.2.8	Hospedagem Pac/Acomp. - Pessoa Física	3390.36
2.2.9	Hospedagem Pac/Acomp. Pessoa Jurídica	3390.39
2.2.10	Passagens (Aérea/Fluvial/Terrestre)	3390.33
	2.3. Recursos Humanos	
2.3.1	Assistente Social	3390.36
2.3.2	Auxiliar de Cozinha	3390.36
2.3.3	Auxiliar Administrativo	3390.36

Continua

continuação

Código	Item	Elemento de Despesa
2.3.4	Auxiliar de Enfermagem I	3390.36
2.3.5	Auxiliar de Enfermagem II	3390.36
2.3.6	Auxiliar Serv. Gerais	3390.36
2.3.7	Copeiro	3390.36
2.3.8	Cozinheiro	3390.36
2.3.9	Digitador	3390.36
2.3.10	Enfermeiro	3390.36
2.3.11	Farmacêutico-Bioquímico	3390.36
2.3.12	Gerente	3390.36
2.3.13	Intérprete	3390.36
2.3.14	Lavadeira	3390.36
2.3.15	Microscopista	3390.36
2.3.16	Motorista	3390.36
2.3.17	Nutricionista	3390.36
2.3.18	Operador de Radiofonia	3390.36
2.3.19	Piloto de Embarcação Fluvial	3390.36
2.3.20	Secretária	3390.36
2.3.21	Técnico de Enfermagem	3390.36
2.3.22	Técnico de Laboratório	3390.36
2.3.23	Vigilante	3390.36
2.3.24	Outras Funções	3390.36
2.3.25	AIS	3390.36
2.3.26	Artífice	3390.36
2.3.27	Assistente de Operações	3390.36
2.3.28	Ecônomo	3390.36
2.3.29	RH – Terceirização	3390.39
2.3.30	Administrador	3390.36
2.3.31	Médico	3390.36
2.3.32	Insalubridade - Salário Família - Ad. Noturno	3390.36
2.3.33	Protético	3390.36
2.3.34	Assistente Administrativo	3390.36
	2.4 Encargos Sociais (Patronal)	
2.4.1	INSS	3390.36
2.4.2	PIS	3390.36
2.4.3	FGTS	3390.36
2.4.4	13º Salário	3390.36
2.4.5	1/3 Férias	3390.36
2.4.6	Multa FGTS	3390.36
2.4.7	Aviso Prévio	3390.36
2.4.8	INSS s/ 1/3 Férias	3390.36
2.4.9	INSS s/13º Salário	3390.36
2.4.10	FGTS s/13º Salário	3390.36

Continua

continuação

Código	Item	Elemento de Despesa
2.4.11	Multa FGTS s/13º Salário	3390.36
2.4.12	Férias Proporcionais	3390.36
2.4.13	Juros s/ Encargos	3390.36
2.4.14	13º Salário	3390.36
2.4.15	Acidente de Trabalho	3390.36
2.4.16	Auxílio Doença	3390.36
2.4.17	Multa	3390.36
2.4.18	Provisão P/ Fundo Passivo Trabalhista	3390.36
2.4.19	SAT	3390.36
2.4.20	INSS	3390.47
	2.5. Mão de Obra Eventual	
2.5.1	Assessorias Diversas	3390.36
2.5.2	Auxiliar de Serviços Gerais	3390.36
2.5.3	Carregadores	3390.36
2.5.4	Cozinheiro	3390.36
2.5.5	Eletricista	3390.36
2.5.6	Lavadeira	3390.36
2.5.7	Pedreiro/Servente	3390.36
2.5.8	Prático de Barco	3390.36
2.5.9	Tradutor	3390.36
2.5.10	Outras Funções	3390.36
2.5.11	Assessorias Diversas	3390.39
	2.6 Manutenção Geral	
2.6.1	Manutenção de Equipamentos, Veículos e Predial - Material de Consumo	3390.30
2.6.2	Manutenção de Equipamentos, Veículos e Predial - Pessoa Física	3390.36
2.6.3	Manutenção de Equipamentos, Veículos e Predial - Pessoa Jurídica	3390.39
2.6.4	Terc. de Hosp., Alimentação, Limpeza e Higienização	3390.39
	2.7 Outros Custos	
2.7.1	Hospedagem - Pessoa Física	3390.36
2.7.2	Hospedagem - Pessoa Jurídica	3390.39
2.7.3	Vale Transporte	3390.39
2.7.4	Material de Consumo Diversos (Gás, Utensílios, Enxoval, Rouparia, etc.)	3390.30
2.7.5	Outros Serviços Prestados - Pessoa Física	3390.36
2.7.6	Outros Serviços Prestados - Pessoa Jurídica	3390.39
2.7.7	Auxílio Alimentação	3390.36
2.7.8	Vale Transporte	3390.36
	3. Infra-estrutura	
	3.1. Obras	

Continua

continuação

Código	Item	Elemento de Despesa
3.1.1	Abastecimento de Água	4490.51
3.1.2	Construção (Unidade de Saúde)	4490.51
3.1.3	Destino de Resíduos Sólidos	4490.51
3.1.4	Esgotamento Sanitário	4490.51
3.1.5	Melhorias Sanitárias Domiciliares	4490.51
	3.2. Reforma	
3.2.1	Ampliação	4490.51
3.2.2	Reforma (Unidade de Saúde) - Pessoa Física	3390.36
3.2.3	Reforma (Unidade de Saúde) - Pessoa Jurídica	3390.39
	3.3 Equipamento (Material Permanente)	
3.3	Equipamento (Material Permanente)	4490.52
	4. Controle Social	
	4.1. Capacitação de Conselheiros	
4.1.1	Ajuda de Custo	3390.36
4.1.2	Alimentação - Pessoa Física	3390.36
4.1.3	Alimentação - Pessoa Jurídica	3390.39
4.1.4	Combustível	3390.30
4.1.5	Frete de Aeronave/Veículo/Barco (Passageiros)	3390.33
4.1.6	Gêneros Alimentícios	3390.30
4.1.7	Hospedagem - Pessoa Física	3390.36
4.1.8	Hospedagem - Pessoa Jurídica	3390.39
4.1.9	Instrutor - Pessoa Física	3390.36
4.1.10	Instrutor - Pessoa Jurídica	3390.39
4.1.11	Locação Espaço Físico - Pessoa Física	3390.36
4.1.12	Locação Espaço Físico - Pessoa Jurídica	3390.39
4.1.13	Material Didático	3390.30
4.1.14	Passagens (Aérea/Fluvial/Terrestre)	3390.33
4.1.15	Reprografia - Pessoa Física	3390.36
4.1.16	Reprografia - Pessoa Jurídica	3390.39
	4.2. Reuniões de Conselho	
4.2.1	Ajuda de Custo	3390.36
4.2.2	Alimentação - Pessoa Física	3390.36
4.2.3	Alimentação - Pessoa Jurídica	3390.39
4.2.4	Combustível	3390.30
4.2.5	Frete de Aeronave/Veículo/Barco (Passageiros)	3390.33
4.2.6	Gêneros Alimentícios	3390.30
4.2.7	Hospedagem - Pessoa Física	3390.36
4.2.8	Hospedagem - Pessoa Jurídica	3390.39

Continua

continuação

Código	Item	Elemento de Despesa
4.2.9	Locação de Espaço Físico - Pessoa Física	3390.36
4.2.10	Locação Espaço Físico - Pessoa Jurídica	3390.39
4.2.11	Material Didático	3390.30
4.2.12	Passagens (Aérea/Fluvial/Terrestre)	3390.33
4.2.13	Reprografia - Pessoa Física	3390.36
4.2.14	Reprografia - Pessoa Jurídica	3390.39
4.2.15	Outras Despesas	3390.36
	4.3. Encargos Sociais (Patronal)	
4.3.1	INSS	3390.36
	5. Supervisão	
5.1	Ajuda de Custo	3390.36
5.2	Alimentação - Pessoa Física	3390.36
5.3	Alimentação - Pessoa Jurídica	3390.39
5.4	Combustível	3390.30
5.5	Frete de Aeronave (Passageiros)	3390.33
5.6	Frete de Aeronave (Encomendas, Insumos)	3390.39
5.7	Gêneros Alimentícios	3390.30
5.8	Hospedagem - Pessoa Física	3390.36
5.9	Hospedagem - Pessoa Jurídica	3390.39
5.10	Manutenção de Veículos - Material de Reposição	3390.30
5.11	Manutenção de Veículos - Pessoa Física	3390.36
5.12	Manutenção de Veículos - Pessoa Jurídica	3390.39
5.13	Passagens (Aérea/Fluvial/Terrestre)	3390.33
	6. Gerência	
	6.1. Recursos Humanos (Salário Bruto)	
6.1.1	Administrador	3390.36
6.1.2	Assessor Indígena	3390.36
6.1.3	Auxiliar Administrativo	3390.36
6.1.4	Auxiliar de Almoxarifado e Patrimônio	3390.36
6.1.5	Auxiliar de Serv. Gerais	3390.36
6.1.6	Auxiliar de Transporte, Material e Equipamentos	3390.36
6.1.7	Coordenador Operacional	3390.36
6.1.8	Coordenador Administrativo	3390.36
6.1.9	Coordenador Geral	3390.36
6.1.10	Coordenador Técnico	3390.36
6.1.11	Digitador	3390.36
6.1.12	Engenheiro Civil (Assessoria)	3390.36
6.1.13	Farmacêutico-Bioquímico	3390.36
6.1.14	Logístico	3390.36
6.1.15	Motorista	3390.36

Continua

continuação

Código	Item	Elemento de Despesa
6.1.16	Office-Boy	3390.36
6.1.17	Operador de Radiofonia	3390.36
6.1.18	Piloto de Embarcação Fluvial	3390.36
6.1.19	Secretária	3390.36
6.1.20	Téc. Vigilância em Saúde	3390.36
6.1.21	Téc.de Operação Ativ. de Saúde	3390.36
6.1.22	Técnico Contábil	3390.36
6.1.23	Técnico de Manutenção	3390.36
6.1.24	Técnico de Pessoal e Finanças	3390.36
6.1.25	Vigilante	3390.36
6.1.26	Outras Funções	3390.36
6.1.27	Agente Administrativo	3390.36
6.1.28	Assistente Administrativo	3390.36
6.1.29	Assistente de Informática	3390.36
6.1.30	Piloto de Aeronave	3390.36
6.1.31	RH – Terceirização	3390.39
6.1.32	Adicional Noturno - Salário Família	3390.36
	6.2. Encargos Sociais (Patronal)	
6.2.1	INSS	3390.36
6.2.2	PIS	3390.36
6.2.3	FGTS	3390.36
6.2.4	13º Salário	3390.36
6.2.5	1/3 Férias	3390.36
6.2.6	Multa FGTS	3390.36
6.2.7	Aviso Prévio	3390.36
6.2.8	INSS s/ 1/3 Férias	3390.36
6.2.9	INSS s/13º Salário	3390.36
6.2.10	FGTS s/13º Salário	3390.36
6.2.11	Multa FGTS s/13º Salário	3390.36
6.2.12	Férias Proporcionais	3390.36
6.2.13	Juros s/ Encargos	3390.36
6.2.14	INSS	3390.36
6.2.15	Juros s/ Encargos	3390.36
6.2.16	Licença Maternidade/Paternidade	3390.36
6.2.17	Multa	3390.36
6.2.18	Provisão P/ Fundo Passivo Trabalhista	3390.36
6.2.19	SAT	3390.36
6.2.20	INSS	3390.47
	6.3. Outros Custos	
6.3.1	Água	3390.39
6.3.2	Ajuda de Custo	3390.36
6.3.3	Aluguel - Pessoa Física	3390.36

Continua

continuação

Código	Item	Elemento de Despesa
6.3.4	Aluguel - Pessoa Jurídica	3390.39
6.3.5	Assessorias Diversas	3390.36
6.3.6	Combustível	3390.30
6.3.7	Correio/ Malote Aéreo	3390.39
6.3.8	CPMF	3390.39
6.3.9	Energia	3390.39
6.3.10	Frete de Aeronave/Veículo/Barco (Passageiros)	3390.33
6.3.11	Linha Telefônica	3390.39
6.3.12	Locação de Serviço de Limpeza	3390.37
6.3.13	Locação de Serviço de Vigilância	3390.37
6.3.14	Material de Copa e Cozinha	3390.30
6.3.15	Material de Expediente	3390.30
6.3.16	Material de Informática	3390.30
6.3.17	Material de Limpeza e Higienização	3390.30
6.3.18	Material de Consumo Diversos	3390.30
6.3.19	Passagens Aérea/Fluvial/Terrestre (Passageiros)	3390.33
6.3.20	Prejuízo da Aplicação Financeira	3390.39
6.3.21	Provedor de Internet	3390.39
6.3.22	Reprografia - Pessoa Física	3390.36
6.3.23	Reprografia - Pessoa Jurídica	3390.39
6.3.24	Seguro Obrigatório e de Veículos e IPVA	3390.39
6.3.25	Sentenças Judiciais	3390.36
6.3.26	Serviço de Contabilidade - Pessoa Física	3390.36
6.3.27	Serviço de Contabilidade - Pessoa Jurídica	3390.39
6.3.28	Serviço de Limpeza - Pessoa Física	3390.36
6.3.29	Serviço de Limpeza - Pessoa Jurídica	3390.39
6.3.30	Serviços de Auditoria CVM	3390.36
6.3.31	Serviços Advocatícios	3390.36
6.3.32	Serviços de Informática - Pessoa Física	3390.36
6.3.33	Serviços de Informática - Pessoa Jurídica	3390.39
6.3.34	Serviços de Vigilância - Pessoa Física	3390.36
6.3.35	Serviços de Vigilância - Pessoa Jurídica	3390.39
6.3.36	Serviços Gráficos	3390.39
6.3.37	Taxas	3390.39
6.3.38	Telefone/Fax	3390.39
6.3.39	Vale Transporte	3390.39
6.3.40	Outros Serviços Prestados - Pessoa Física	3390.36
6.3.41	Outros Serviços Prestados - Pessoa Jurídica	3390.39
6.3.42	Diárias	3390.14
6.3.43	Passagens Aérea/Fluvial/Terrestre	3390.39
6.3.44	Material de Consumo Diversos	3390.39

Continua

continuação

Código	Item	Elemento de Despesa
	6.4. Manutenção de Equipamentos/Meios de Transporte/Escritório/Predial	
6.4.1	Meios de Transporte - Material de Reposição	3390.30
6.4.2	Meios de Transporte - Pessoa Física	3390.36
6.4.3	Meios de Transporte - Pessoa Jurídica	3390.39
6.4.4	Escritório - Material de Reposição	3390.30
6.4.5	Escritório - Pessoa Física	3390.36
6.4.6	Escritório - Pessoa Jurídica	3390.39
6.4.7	Manutenção Predial - Material de Consumo	3390.30
6.4.8	Manutenção Predial - Pessoa Física	3390.36
6.4.9	Manutenção Predial - Pessoa Jurídica	3390.39
6.4.10	Veículos - Material de Consumo	3390.30
6.4.11	Veículos - Pessoa Jurídica	3390.39
	6.5 Capacitação de Recursos Humanos	
6.5.1	Diárias	3390.14
6.5.2	Alimentação - Pessoa Física	3390.36
6.5.3	Alimentação - Pessoa Jurídica	3390.39
6.5.4	Combustível	3390.30
6.5.5	Frete de Aeronave/Veículo/Barco (Passageiros)	3390.33
6.5.6	Gêneros Alimentícios	3390.30
6.5.7	Hospedagem - Pessoa Física	3390.36
6.5.8	Hospedagem - Pessoa Jurídica	3390.39
6.5.9	Instrutor - Pessoa Física	3390.36
6.5.10	Instrutor - Pessoa Jurídica	3390.39
6.5.11	Locação Espaço Físico - Pessoa Física	3390.36
6.5.12	Locação Espaço Físico - Pessoa Jurídica	3390.39
6.5.13	Material Didático	3390.30
6.5.14	Passagens (Aérea/Fluvial/Terrestre)	3390.33
6.5.15	Ajuda de Custo	3390.36
	6.6 Participação em Reuniões Convocadas pela FUNASA	
6.6.1	Ajuda de Custo	3390.36
6.6.2	Hospedagem - Pessoa Jurídica	3390.39
6.6.3	Hospedagem - Pessoa Física	3390.36
6.6.4	Passagens (Aérea/Terrestre/Fluvial)	3390.33
	6.7 Serviços Funerários	
6.7.1	Aquisição de Urna - Distribuição Gratuita	3390.32
6.7.2	Serviços Funerais/Translados – P. Física	3390.36
6.7.3	Serviços Funerais/Translados – P. Jurídica	3390.39
	6.8. Diárias	
6.8.1	Diárias	3390.14

Figura 6 - Cadastro do Plano de Contas – Conveniada

Fonte: Plano Distrital de Saúde Indígena Litoral Sul, 2010.

Com relação aos sistemas de informação a FUNASA criou o Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena – SIASI onde são publicados os dados demográficos conforme apresentado acima na Tabela 2 e Figura 2.

As informações de Atenção à Saúde Indígena são descritas pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena em planilhas Excel, implantadas pela Coordenação de Monitoramento e Avaliação pela Coordenação de Monitoramento e Avaliação – COMOA/FUNASA/MS denominadas “consolidados mensais”, e enviadas aos Pólos Bases que enviam aos DSEI e estes à FUNASA (Figura 7).

Estado de São Paulo Área de Abrangência do DSEI Litoral Sul Mês / Ano:				
Serviços na Aldeia	aldeia tenonde porã	aldeia Krucutu	aldeia Jaraguá	Total
Reuniões				
Médico				
Enfermeiro				
Aux./Téc. de Enfermagem				
Odontólogo				
AIS				
Visitas Domiciliares				
Médico				
Enfermeiro				
Aux./Téc. de Enfermagem				
Odontólogo				
AIS				
Atendimento/ Consulta				
Médico				
Enfermeiro				
Aux./Téc. de Enfermagem				
Odontólogo				
AIS				
Procedimentos				
Médico				
Enfermeiro				
Aux./Téc. de Enfermagem				
Odontólogo				
AIS				

Continua

continuação

Estado de São Paulo				
Área de Abrangência do DSEI Litoral Sul				
Mês / Ano:				
Serviços no Pólo	aldeia tenonde porã	aldeia Krucutu	aldeia Jaraguá	Total
Reuniões				
Médico				
Enfermeiro				
Aux./Téc. de Enfermagem				
Odontólogo				
AIS				
Visitas Domiciliares				
Médico				
Enfermeiro				
Aux./Téc. de Enfermagem				
Odontólogo				
AIS				
Atendimento/ Consulta				
Médico				
Enfermeiro				
Aux./Téc. de Enfermagem				
Odontólogo				
AIS				
Procedimentos				
Médico				
Enfermeiro				
Aux./Téc. de Enfermagem				
Odontólogo				
AIS				
Rede de Referência	aldeia tenonde porã	aldeia Krucutu	aldeia Jaraguá	Total
SUS				
Consultas				
Exames				
Internação				
Rede Privada				
Consultas				
Exames				
Internação				
CASAI	São Paulo			
Atendimentos				
Pacientes novos				
Média de permanência (dias)				
Média de acompanhantes				

Continua

continuação

Estado de São Paulo			
Área de Abrangência do DSEI Litoral Sul			
Mês / Ano:			
Internações			
Aldeia Tenonde Porã			
Faixa Etária	Rede SUS	Rede Privada	Causa Básica da Internação
Menor de 1 ano			
Entre 1 e 4 anos			
Entre 5 e 9 anos			
Entre 10 e 14 anos			
Entre 15 e 59 anos			
Igual ou maior que 60 anos			
Total:			
Aldeia Krucutu			
Faixa Etária	Rede SUS	Rede Privada	Causa Básica da Internação
Menor de 1 ano			
Entre 1 e 4 anos			
Entre 5 e 9 anos			
Entre 10 e 14 anos			
Entre 15 e 59 anos			
Igual ou maior que 60 anos			
Total:			
Aldeia Jaraguá			
Faixa Etária	Rede SUS	Rede Privada	Causa Básica da Internação
Menor de 1 ano			
Entre 1 e 4 anos			
Entre 5 e 9 anos			
Entre 10 e 14 anos			
Entre 15 e 59 anos			
Igual ou maior que 60 anos			
Total:			
CONSOLIDADO INTERNAÇÕES NO MÊS			
Faixa Etária	Rede SUS	Rede Privada	Total
Menor de 1 ano			
Entre 1 e 4 anos			
Entre 5 e 9 anos			
Entre 10 e 14 anos			
Entre 15 e 59 anos			
Igual ou maior que 60 anos			
Total:			

Figura 7 – Planilha Modelo implantada pela Coordenação de Monitoramento e Avaliação COMOA/FUNASA/MS.

3 PROPOSIÇÃO

Descrever o modelo de atenção à saúde implantado nas aldeias indígenas Guarani do município de São Paulo a partir do ano de 2004, analisando-o de forma a avaliar a viabilidade de execução dos programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde nas comunidades indígenas por um gestor de saúde municipal através da atenção à saúde de forma diferenciada em respeito ao recomendado pelo subsistema de saúde indígena e a Convenção 169.

Relatar o histórico da implantação da atenção à saúde indígena, os principais problemas e o modo como foram superados, caracterizando a diferença entre o modelo municipal e o modelo nacional de atenção à saúde indígena.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Após a deliberação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (Anexo 1) foi iniciada a coleta de dados e informações realizada mediante pesquisas documentais sobre a história da ocupação Guarani em São Paulo, em seguida foi realizada a pesquisa documental secundária das leis, portarias ministeriais, relatórios, sistemas de informação oficiais, planilhas e documentos internos da Secretaria Municipal da Saúde, analisando a partir desses documentos, a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no município de São Paulo e identificando suas características organizacionais.

5 RESULTADOS

Os resultados coletados são apresentados de forma descritiva e em forma de figuras e tabelas.

5.1 MODELO DA SAÚDE INDÍGENA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – SMS-SP, através de articulações com a FUNASA-SP, respeitando a descentralização da assistência dos serviços de saúde preconizada pelo Sistema Único de Saúde e o estabelecido no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, decidiu a partir de 2004 assumir a saúde indígena no seu território.

A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, gestora do Sistema Único de Saúde no Município, é responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visem promover, proteger e recuperar a saúde da população.

Funcionalmente, integram a estrutura do SUS municipal:

- I. Conselho Municipal de Saúde
- II. Gabinete do Secretário
- III. Autarquias Hospitalares
- IV. Coordenadorias de Saúde das Subprefeituras

Cabe ao Gabinete do Secretário, em concordância com o Conselho Municipal de Saúde, garantir a unicidade conceitual e política do sistema de saúde no Município.

De acordo com a legislação do SUS, o Secretário Municipal de Saúde é o único gestor do sistema de saúde no território municipal.

As Autarquias Hospitalares dão apoio administrativo às unidades de urgência/emergência (hospitais, pronto-socorros e pronto-atendimentos).

As Coordenadorias de Saúde das Sub-Prefeituras são gestoras do SUS em suas áreas de abrangência, por delegação da Secretaria Municipal da Saúde (São Paulo, 2004).

A gestão do SUS, que é um sistema nacional, em uma grande cidade como São Paulo, requer mecanismos para garantir a unicidade das diretrizes estabelecidas pela SMS.

As subdivisões da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo guardam correspondência com os distritos administrativos e subprefeituras. São cinco Coordenadorias Regionais de Saúde que, agregando subprefeituras e distritos administrativos, correspondem a cinco grandes regiões: Centro-Oeste, Leste, Norte, Sudeste e Sul. As Coordenadorias são subdivididas em Supervisões Técnicas de Saúde (em número de 25), agregações de Subprefeituras e distritos municipais (Figura 8).

A rede SUS do Município de São Paulo conta com 711 estabelecimentos de saúde sob gestão do Município e 83 do Estado. Dos estabelecimentos sob gestão municipal, 618 são próprios, 1 federal, 17 estaduais e 73 privados conveniados/contratados.

No grupo dos estabelecimentos próprios do Município estão contemplados 409 UBS, 70 Assistência Médica Ambulatorial, 24 Ambulatórios de Especialidades, 16 Hospitais, 12 Prontos Socorros, 67 Unidades de Saúde Mental, 20 Unidades Especializadas de Saúde Bucal, 22 Unidades DST/AIDS, 5 Unidades Saúde do Trabalhador, 4 Pronto Atendimentos, 4 Laboratórios e 10 Unidades de Outras Especialidades.



Figura 8 – Coordenadorias Regionais de Saúde e Supervisões Técnicas de Saúde do Município de São Paulo

Fonte: São Paulo, 2011.

Nesse sentido, a SMS-SP criou em seu organograma uma Área Técnica específica para cuidar da saúde da população indígena (ÁREA TÉCNICA SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA), com isso, a partir do momento em que esse trabalho foi iniciado em agosto/2004, as ações e programas de saúde desenvolvidos para a população da capital passam a ser pensados e estendidos a população indígena de forma a integrar os hábitos culturais na discussão e na prática das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena - EMSI

que atuam nas aldeias. Foram também incorporadas na Rede SUS as Unidades Básicas de Saúde Indígena nas aldeias do município de São Paulo respeitando a mesma configuração de subdivisão por distritos administrativos (Tabela 3 e Figura 9).

Tabela 3 - Unidades Básicas de Saúde Indígena por Aldeia e Distrito Administrativo.

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE	SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE	DISTRITO ADMINISTRATIVO	ALDEIAS	Nº CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE	NOME DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE INDÍGENA
SUL	PARELHEIROS	PARELHEIROS	TENONDE PORÃ E KRUKUTU	3561186	UBS VERA POTY E ANEXO KRUKUTU
NORTE	PIRITUBA/ PERUS	JARAGUÁ	JARAGUÁ	5357861	UBS ALDEIA JARAGUÁ KWARĀY DJEKUPÉ

Fonte: São Paulo, 2011 (adaptado pelo autor do trabalho).

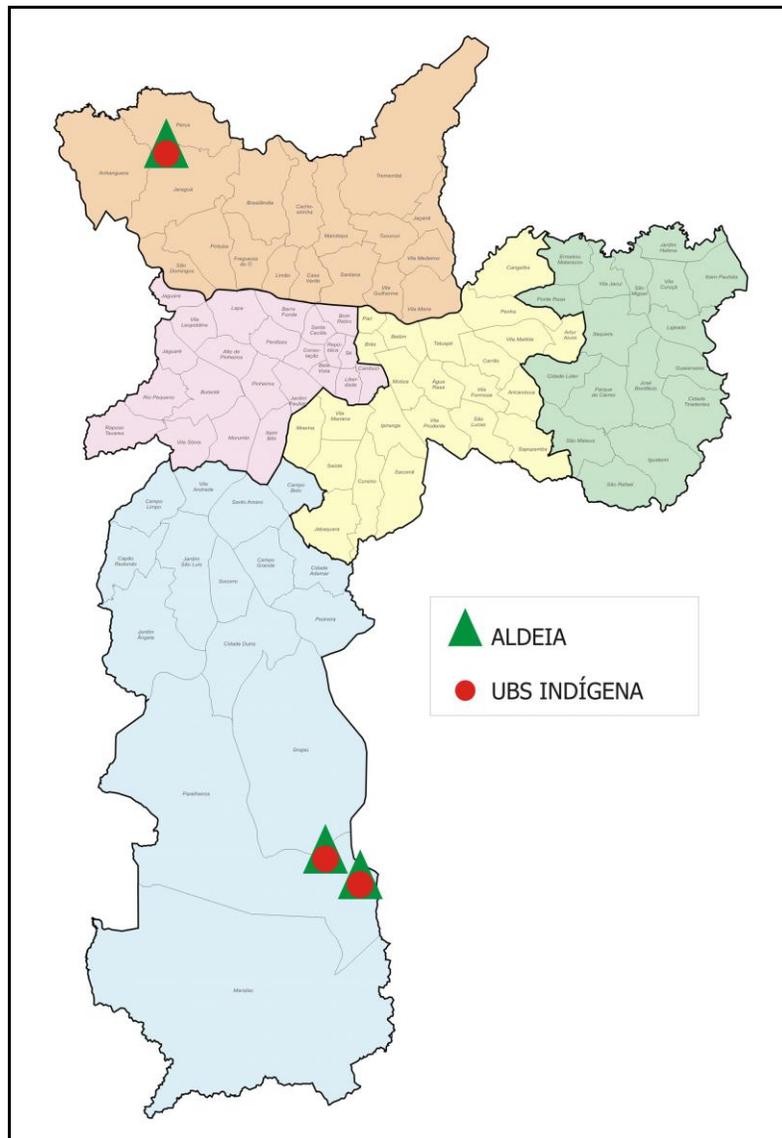


Figura 9 - Localização das UBS Indígenas e Aldeias do Município de São Paulo.

Fonte: São Paulo, 2011.

As UBS Indígenas são compostas pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena divididas por aldeias (Tabela 4).

Tabela 4 - Composição das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena - EMSI por Unidade Básica de Saúde Indígena.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE INDÍGENA	ALDEIAS	EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE SAÚDE INDÍGENA	Nº
UBS VERA POTY E ANEXO KRUKUTU	TENONDE PORÃ E KRUKUTU	AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE	7
		AGENTE INDÍGENA DE SANEAMENTO	2
		AUXILIAR DE APOIO ADMINISTRATIVO	2
		AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	1
		AUXILIAR DE ENFERMAGEM	4
		AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	2
		CIRURGIÃO DENTISTA	1
		ENFERMEIRO	2
		MÉDICO	2
		MOTORISTA	1
		VIGIA	2
		TÉCNICO DE FARMÁCIA	1
UBS ALDEIA JARAGUÁ KWARÁY DJEKUPÉ	JARAGUÁ	AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE	3
		AGENTE INDÍGENA DE SANEAMENTO	1
		AGENTE INDÍGENA DE PROTEÇÃO AMBIENTAL	1
		AGENTE DE ZONÓSES	1
		AUXILIAR DE APOIO ADMINISTRATIVO	1
		AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL	1
		AUXILIAR DE ENFERMAGEM	2
		AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	1
		CIRURGIÃO DENTISTA	1
		ENFERMEIRO	2
		FARMACÊUTICO	1
		MÉDICO	1
		MOTORISTA	1
		PORTEIRO	1
SEGURANÇA	4		

Fonte: São Paulo, 2011 (adaptado pelo autor do trabalho).

Essas EMSI são contratadas com recursos do tesouro municipal e de recursos federais (Tabela 5).

Tabela 5 – Financiamento das Equipes Multidisciplinares Saúde Indígena – Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2010.

RECURSOS	VALORES ANUAIS(R\$)	PERCENTUAL
Municipal	1.844.351,12	85
Federal	325.800,00	15
Total	2.170.151,12	100

Os medicamentos, insumos médicos e odontológicos, manutenção das UBS Indígenas, reprografia são também custeados pela SMS-SP dentro do orçamento global.

Com isso, todos os Programas da saúde municipal passam, a partir desse instante, a planejar ações de forma diferenciada, a serem desenvolvidas nas aldeias, ou seja, para as ações de saúde acontecerem nas UBS Indígenas primeiramente os coordenadores das áreas técnicas/programas, quais sejam: saúde bucal, saúde da criança e adolescente, saúde da pessoa com deficiência, saúde do idoso, saúde da mulher, saúde mental, saúde da população negra, saúde ocular, saúde do trabalhador, assistência farmacêutica, cultura da paz, saúde e cidadania, assistência laboratorial e medicinas tradicionais e práticas complementares em saúde fazem reuniões com as Lideranças Indígenas, EMSI e a Área Técnica de Saúde Indígena.

Uma das etapas para dar visibilidade às estruturas de atendimento local e a regularização dos fluxos de insumos e medicamentos foi a inserção das Unidades Básicas de Saúde Indígena, localizadas dentro das aldeias, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, inserção dos dados de Saúde Indígena nos Sistemas de Informação do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS (Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, Sistema de Informação Nascidos Vivos - SINASC, Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, Sistema de Internação Hospitalar - SIH). Através desses Sistemas de Informação pode-se visualizar e acompanhar as informações

de saúde indígena do município de São Paulo de forma on-line, pois os dados são publicados no Tabulador na web – TABNET conforme demonstrado na figura 10.³

Procedimentos ambulatoriais SUS - estabelecimentos de saúde próprios e conveniados com a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
Qtd Produzida por Ano de competência segundo Grupo procedimento
Ano de competência: 2010
Estabelecimento saúde: 5357861 UBS ALDEIA JARAGUA - KWARAY DJEKUPE
Período: 2010

Grupo procedimento	2010	Total
TOTAL	18.568	18.568
01-Ações de promoção e prevenção em saúde	6.250	6.250
02-Procedimentos com finalidade diagnóstica	393	393
03-Procedimentos clínicos	11.639	11.639
04-Procedimentos cirúrgicos	276	276
08-Ações complementares da atenção à saúde	10	10

Figura 10 – Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/DATASUS. Procedimentos ambulatoriais SUS. Qtd Produzida por Ano de competência segundo Grupo procedimento Ano de competência: 2010
Fonte: TABNET, 2010.

Como resultado foi realizado um recorte do ano de 2010 das Unidades Básicas de Saúde Indígena do município de São Paulo dos Sistemas de Informação demonstrando a possibilidade de visualizar-se, mesmo em um município com o número elevado de equipamentos de saúde, as informações somente da população indígena aldeada (Tabela 6).

³ Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/populacaoindigena>.

Tabela 6 – Procedimentos ambulatoriais SUS - estabelecimentos de saúde próprios e conveniados com a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Quantidade produzida por ano de competência segundo procedimentos (inclui consulta). Ano de competência: 2010.

PROCEDIMENTOS (INCLUI CONSULTA)	UBS VERÁ POTY E ANEXO KRUKUTU	UBS ALDEIA JARAGUÁ KWARĀY DJEKUPÉ
Ações de promoção e prevenção em saúde	5.498	6.250
Ações coletivas / individuais em saúde	5.498	6.250
Atividade educativa / orientação em grupo na atenção básica	66	140
Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel	600	608
Ação coletiva de escovação dental supervisionada	1.481	4.658
Ação coletiva de exame bucal c/ finalidade epidemiológica	193	243
Aplicação de carostático (por dente)	105	86
Aplicação de selante (por dente)	168	80
Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	43	16
Evidenciação de placa bacteriana	25	32
Selamento provisório de cavidade dentária	50	21
Visita domiciliar por profissional de nível médio	2.616	24
Visita domiciliar/institucional em reabilitação	151	342
Procedimentos com finalidade diagnóstica	732	393
Coleta de material	609	362
Diagnóstico por radiologia	28	-
Diagnóstico por teste rápido	95	31
Coleta de material p/ exame citopatológico de cólon uterino	284	20
Coleta de material p/ exame laboratorial	317	342
Coleta de sangue p/ triagem neonatal	8	-
Radiografia periapical interproximal (bite-wing)	28	-
Glicemia capilar	95	27
Teste rápido para detecção de infecção pelo HIV	-	4
Procedimentos clínicos	13.514	11.639
Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	12.184	11.229
Tratamentos odontológicos	1.330	410
Consulta ao paciente curado de tuberculose (tratamento supervisionado)	14	3
Consulta c/ identificação de casos novos de tuberculose	2	1
Consulta de profissionais de nível superior na atenção básica	1.704	1.937
Consulta médica em atenção básica	600	1.682
Consulta p/ acompanhamento de crescimento e desenvolvimento	-	533
Consulta pré-natal	151	238
Consulta puerperal	34	23
Consulta/atendimento domiciliar na atenção básica	973	810
Primeira consulta odontológica programática	233	141
Assistência domiciliar por profissional de nível médio	-	716
Atendimento de urgência em atenção básica	205	92
Atendimento de urgência em atenção básica c/ observação até 8 horas	30	-
Atendimento de urgência em atenção básica c/ remoção	79	-

Continua

PROCEDIMENTOS (INCLUI CONSULTA)	UBS VERÁ POTY E ANEXO KRUKUTU	UBS ALDEIA JARAGUÁ KWARÁY DJEKUPÉ
Aferição de pressão arterial	623	265
Administração de medicamentos em atenção básica (por paciente)	5.743	3.390
Inalação / nebulização	1.476	1.337
Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	60	28
Terapia de rehidratação oral	257	33
Capeamento pulpar	38	41
Restauração de dente decíduo	159	59
Restauração de dente permanente anterior	85	31
Restauração de dente permanente posterior	201	48
Acesso à polpa dentária e medicação (por dente)	44	17
Pulpotomia dentária	16	13
Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	386	90
Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	239	111
Instalação e adaptação de prótese dentária	57	-
Moldagem dento-gengival para construção de prótese dentária	71	-
Reembasamento e conserto de prótese dentária	34	-
Procedimentos cirúrgicos	248	276
Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido sub	157	213
Cirurgia oro-facial	91	63
Curativo grau I c/ ou s/ debridamento (por paciente)	134	184
Drenagem de abscesso	8	-
Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões / ferimentos de pele /	15	29
Contenção de dentes por splintagem	1	-
Exodontia de dente decíduo	45	16
Exodontia de dente permanente	40	26
Reimplante e transplante dental (por elemento)	-	21
Ulotomia/ulectomia	5	-
Adesão a assistência pré-natal - incentivo phpn (componente i)	23	10
TOTAL	20.015	18.568

Fonte: TABNET, 2010 (adaptado pelo autor do trabalho).

As referências e contra referências por cada região foram organizadas respeitando a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. As figuras demonstram as principais referências, não significando, portanto, que são exclusivamente estas, pois, a marcação de consultas e exames se dá através do Sistema Informatizado SIGA-SAÚDE, que incorporou as funcionalidades do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) e do Sistema de Regulação do Ministério da Saúde (Figuras 11 e 12).

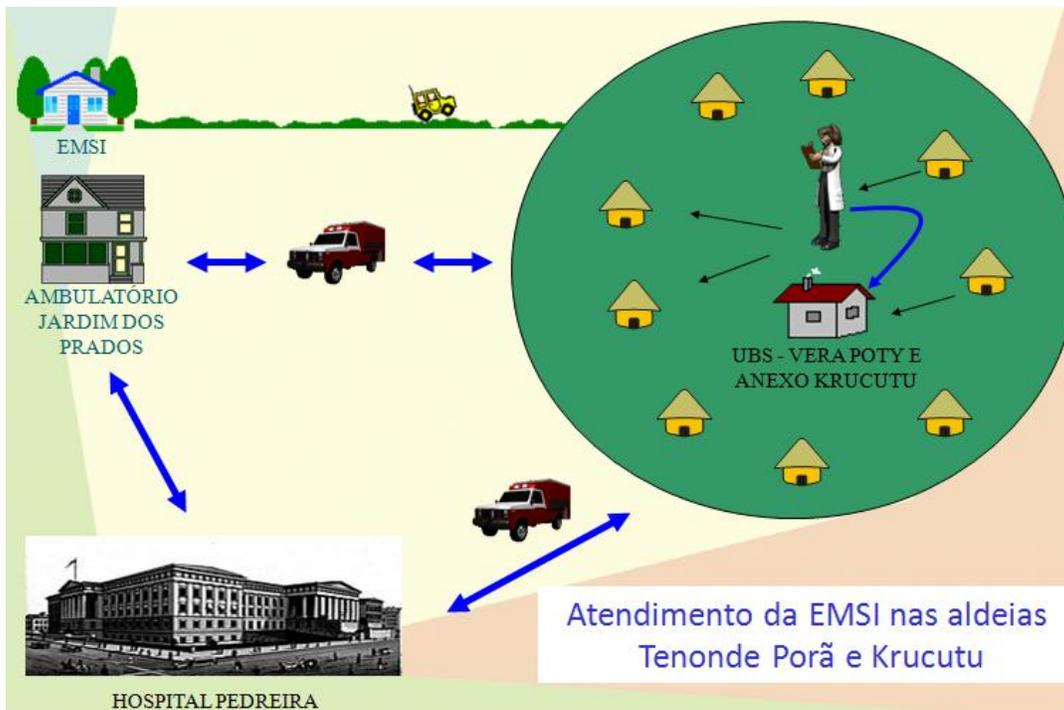


Figura 11 – Organização do Modelo Assistencial na Região Sul
 Fonte: São Paulo, 2011.

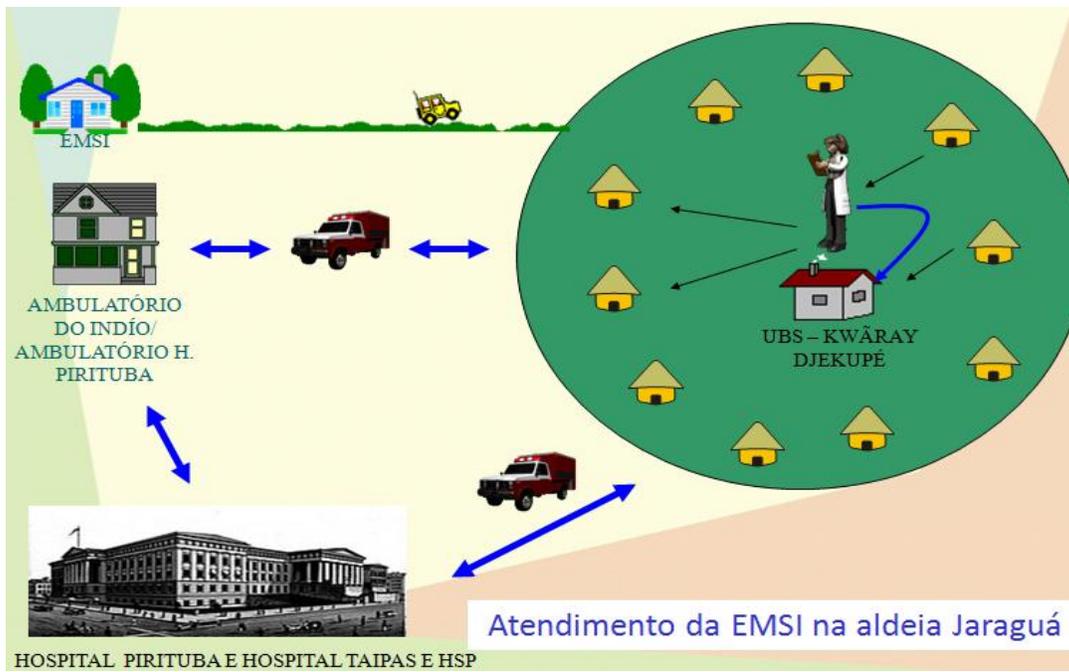


Figura 12 – Organização do Modelo Assistencial na Região Norte
 Fonte: São Paulo, 2011.

5.2 DESAFIOS

Um primeiro desafio que se coloca para a atuação dos profissionais de saúde é o respeito à diferença. Em geral, as intervenções na área de saúde são permeadas de preconceitos advindos do senso comum sobre os índios e realizadas sem o devido respeito aos aspectos sócio-culturais do grupo, dificultando o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a população e comprometendo o êxito do trabalho de saúde (Langdon, 1999).

Um segundo desafio se refere ao respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprio a cada sociedade indígena, imprescindíveis na execução das ações e serviços de saúde e na elaboração de propostas de prevenção, promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local.

Um terceiro desafio é a integração dos dados referente à saúde indígena com os Sistemas de Informação oficiais e a fragilidade da forma que os dados são preconizados pela estrutura organizacional do gestor federal.

6 DISCUSSÃO

Considerando o histórico do Território Guarani e a sua ocupação no município de São Paulo observamos que para trabalhar com essas comunidades indígenas, a promoção da saúde deve considerar o processo de organização desse povo.

A saúde dos povos indígenas é de responsabilidade do governo federal. Povos estes que residem no Brasil em unidades federadas estaduais e municipais autônomas e independentes entre si. Estes entes federados são solidários, na gestão, no financiamento, na administração e na execução de ações de proteção, promoção, prevenção, assistência, recuperação e reabilitação da saúde, conforme dispõem os artigos 196 a 200 da Constituição Federal e as leis complementares 8080 e 8142.

Um dos princípios da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o da atenção diferenciada, que deve tanto contemplar a especificidade sociocultural do povo indígena bem como reconhecer a eficácia da sua medicina e os direitos à sua cultura. Assim, as diretrizes da Política contemplam, entre outras, a necessidade de articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde com os serviços de saúde.

Como já descrito anteriormente a atenção básica à saúde indígena no estado de São Paulo é realizada pela Funasa através de uma ONG conveniada, a qual possui 166 profissionais contratados para prestarem atendimentos em 34 aldeias espalhadas em 17 municípios. Do total de 233 profissionais atuando na Saúde Indígena no estado, apenas 49 (29%) foram contratados através de municípios, com a maioria (166) contratados por uma ONG através de convênio com a FUNASA.

Como consequência direta disso, há além de grande dificuldade de integração e articulação dos profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena com a rede de serviços de saúde dos municípios para o planejamento de ações integradas de saúde, pois as ações não estão inseridas nos planos

municipais de saúde, grande insegurança dos profissionais dessas equipes de saúde pela incerteza da renovação periódica de seus contratos de trabalho, prejudicando o desenvolvimento e a continuidade dos programas de saúde executados nas aldeias.

Além da atenção básica, o convênio prevê pagamentos de despesas com medicamentos, consultas especializadas, exames complementares, alimentação, hospedagem e deslocamento para tratamento fora do domicílio, órteses e próteses, fazendo com que muitas vezes não haja a articulação com os serviços de referência dos municípios e estado, pela facilidade aparente da compra de serviços diretamente da rede privada.

Com relação aos sistemas de informação o Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena – SIASI foi criado fora do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. O SIASI só pode ser utilizado de forma gerencial pelo Ministério da Saúde, não há possibilidade de acesso através das Secretarias Municipais da Saúde, somente sendo possível a visualização dos dados através do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena SIASIWEB onde são publicados unicamente os dados demográficos.

As informações de atenção à Saúde Indígena no estado de São Paulo são apenas descritas pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena em planilhas Excel, implantadas pela Coordenação de Monitoramento e Avaliação – COMOAFUNASA/MS denominadas “consolidados mensais”, e enviadas aos Pólos Bases que enviam aos DSEI e estes à FUNASA. Essas informações não são publicadas e não há como serem acessadas.

Com a criação da Área Técnica Saúde da População Indígena na SMS-SP iniciou-se a organização dos serviços de saúde e o planejamento das ações, sendo garantida a inserção das metas e ações de saúde indígena no Plano Municipal de Saúde e a orientação de rotina aos serviços de atenção secundária e terciária sobre as especificidades da população.

São Paulo é o único município do estado que possui EMSI trabalhando diretamente nas aldeias paulistas, através de financiamento proveniente de recursos federais (15%) e de recursos municipais da SMS-SP (85%) (Tabela 5).

Nas aldeias da capital, as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena - EMSI realizam a atenção básica, nas Unidades Básicas de Saúde Indígenas dentro das aldeias, as quais foram cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES sendo as únicas a terem esse registro no estado, articulando suas ações com os serviços de atenção secundária e terciária do Sistema Único de Saúde. Diferentemente das EMSI contratadas pela conveniada que obedece outro fluxo.

Os Sistemas de Informação DATASUS/MS são alimentados pelas UBS Indígenas procedimento que acontece somente no município de SP dentre os outros municípios do estado de SP que possuem população indígena vivendo em aldeias. Isto só é possível, pois São Paulo é o único município que a SMS, como gestor municipal de acordo com a descentralização do SUS, executa a saúde indígena de forma diferenciada, nos outros municípios a saúde indígena é executada através de uma ONG que possui um convênio com a FUNASA e não tem a obrigatoriedade da alimentação dos sistemas de informação DATASUS, como: o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA, o Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC, o Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, o Sistema de Internações Hospitalar – SIH, somente transmitem informações ao SIASI e às Planilhas Excel do COMOA. Sendo assim tornando se impossível a visualização pública das informações de saúde desse recorte da população brasileira.

Sendo assim, somente as informações de saúde indígena do município de São Paulo, através dos Sistemas de Informação DATASUS, são possíveis de serem verificados, tais como: os procedimentos ambulatoriais, ações de promoção e prevenção em saúde, procedimentos com finalidade diagnóstica, procedimentos clínicos e cirúrgicos, ações complementares de atenção à saúde, entre outros,

realizados pelas UBS Indígenas nominalmente de forma pública através do Tabulador na web – TABNET.

Os serviços de referência da atenção secundária possuem cotas específicas para essas UBSI, os horários de coletas são diferenciados, considerando que a população não tem o hábito de acordar muito cedo, as UBSI também funcionam em horário diferente das demais UBS do município.

Os índios participam dos conselhos gestores das UBSI, assim como dos conselhos gestores dos hospitais de referência.

Também há articulação com os serviços de atenção terciária para a necessidade da assistência diferenciada, onde há permissão para as pajelanças, acompanhamento dos agentes indígenas de saúde, alimentação diferenciada conforme a cultura, devolução da placenta para a prática de seus rituais, entre outras especificidades.

Todos os atendimentos, encaminhamentos, insumos, medicamentos, são realizados através da rede de saúde pública obedecendo ao sistema de abastecimento central das UBS Indígenas.

Cabe resaltar, que ao estabelecer relações com comunidades indígenas o sistema de saúde se confronta com a dimensão intercultural, cuja compreensão é necessária para a criação do cuidado à saúde como um processo construído sobre as bases da intersubjetividade, o que remete diretamente à discussão sobre a adequação ética e cultural das práticas sanitárias ocidentais e sua relação com os sistemas tradicionais de saúde. Esse tema deve constituir as diretrizes para organização dos serviços destinados a atender às demandas da população indígena.

Sendo assim, torna-se fundamental e exequível que os profissionais que trabalham com a saúde indígena mudem sua visão do “indígena” e possam se apropriar de conhecimentos relativos aos processos históricos, sociais e culturais das sociedades indígenas. Tais aspectos são fundamentais para a construção do

diálogo intercultural e propiciam a adequação da ação dos profissionais e dos serviços às realidades locais.

Como estratégia para melhorar a interlocução entre os profissionais e as comunidades tem se procurado admitir nessas equipes profissionais indígenas da mesma etnia como Agentes Indígenas de Saúde - AIS, Agentes Indígenas de Saneamento - AISAN, Auxiliar de Saúde Bucal - ASB, Agente de Promoção Ambiental – APA, auxiliar administrativo, auxiliar de enfermagem e auxiliar de serviços gerais além de outros profissionais que trabalham nas UBS Indígenas das aldeias, como Seguranças, Porteiros e Vigias.

Para a Implementação da Política de Atenção a Saúde Indígena foi e é necessário, uma gestão compartilhada e constantes pactuações entre os Gestores de Saúde (União, Estados e Municípios) e usuários para que sejam implantados nas aldeias indígenas os programas da Atenção Básica preconizados pelo Ministério da Saúde e estabelecidas às referências e contra referências locais.

7 CONCLUSÃO

Através deste estudo foi possível demonstrar que o Gestor Municipal executar a atenção à saúde indígena de forma diferenciada respeitando o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, bem como, o que preconiza a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho.

A utilização de um modelo de atenção diferenciada à saúde nas Terras Indígenas do município possibilitou além da implantação de todos os Programas de Saúde preconizados pelo Ministério da Saúde e SMS-SP, a formação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena – EMSI específicas para atuar dentro das comunidades com profissionais indígenas: Auxiliar de Saúde Bucal, Agentes Indígenas de Saúde e Agente Indígena de Saneamento, contribuindo para a participação dos índios em um processo de planejamento que considere as práticas tradicionais em saúde e preferência à formação e emprego de pessoa da comunidade indígena, influenciando decisivamente, para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS*

Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 1990 set 20. Seção 1, p. 18.055.

Brasil. Decreto-lei n. 3156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1999; 1999 ago 28. Seção 1, p. 37.

Brasil. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Portaria n. 254, de 31 de janeiro de 2002. Diário Oficial da União 2002; 2002 fev 06. Seção 1, p. 46 a 49.

Brasil. Decreto n. 5051, de 19 de abril de 2004. Promulga a Convenção n. 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT sobre Povos Indígenas e Tribais. Diário Oficial da União 2004; 2004a abr 20. Seção 1, p. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Portaria nº 70/GM de 20 de janeiro de 2004. Diário Oficial da União 2004; 2004b jan 22. Seção 1, p. 54.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP baseada na norma da Internacional Committee of Medical Journal Editors – Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.656 de 17 de outubro de 2007. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. Diário Oficial da União 2007; 2007 out 18. Seção 1, p. 31.

Clastres H. Terra Sem Mal: o profetismo Tupi-Guarani. São Paulo: Editora Brasiliense; 1978.

Cadogan L. La encarnación y la concepción: la muerte y la resurrección en la poesia sagrada “esotérica” de los jeguakáva-Tenondé Porã-Gué (mbya-Guarani) del Guairá, Paraguai. Revista do Museu Paulista. 1952; 4.

Calixto B. Os primitivos aldeamentos Indígenas e índios mansos de Itanhaen. São Vicente, 1902. *In*: Revista do Instituto do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo. 1905; 488-505.

IBGE. [acesso 2011 Oct 01]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/webcart/swf/swf.php?nFaixas=5&ufs=35>.

Ladeira MI. Aldeias livres Guarani do litoral de São Paulo e periferia da Capital. *In*: Monteiro JM *et al*. Índios no estado de São Paulo: resistência e transfiguração. 1984. São Paulo. Yankatu/ Comissão Pró Índio, 1984.

Ladeira MI. Os Guarani na Mata Atlântica. *In*: Povos Indígenas no Brasil 1991/1995. São Paulo: ISA, 1996. 773-80.

Ladeira MI. O Caminhar Sob a Luz. O território Mbya e a beira do oceano [dissertação]. São Paulo: PUC; 1992.

Ladeira MI. Necessidade de novas políticas para o reconhecimento do território Guarani. *In*: 49º Congresso Internacional de Americanistas, 1997. Quito. Equador, 1997.

Langdon EJ. A Fixação da Narrativa: Do Mito para uma Poética de Literatura Oral. *Revista Horizontes Antropológicos*. 1999; 12(5): 13-37.

Langdon EJ. Salud y pueblos indígenas: los desafíos en el cambio de siglo. *In*: Briceño LR, Minayo, Coimbra J. *Salud y Equidad: una Mirada desde las Ciencias Sociales*. 2000. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2000.

Malta DC, Santos FP. O Programa de Saúde da Família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. *Revista Médica de Minas Gerais*. 2003; 13(4): 251-259.

Matos RA. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20(5): 1411 -1416.

Meliá B. *A experiência religiosa Guarani*. São Paulo: Ed. Vozes; 1989.

Métraux A. *Migrations historiques des tupi-guaranis*. Paris: Maisonneuve Frères; 1927.

Monken M, Barcellos C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. *In*: Corbo AD, Fonseca AF. (Org.). *Território e o processo saúde-doença*. 2007. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

Nimuendaju C. *As lendas da criação e destruição do mundo como fundamentos da religião dos Apapocúva-Guarani*. São Paulo: Hucitec/Edusp; 1987.

Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção à saúde. In PAIM, J.S. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: COOPTECISC, 2002; 361-365.

São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Área Técnica – Atenção Básica. [acesso 2011 Out 2]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/saude/populacaoindigena>.

São Paulo (Município). Decreto n. 45037, de 20 de julho de 2004. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo. Diário Oficial do Município 2004; 2004 jul 21. Folha 1.

Schaden E. Aspectos fundamentais da cultura Guarani. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1974.

Siasi web. [acesso 2011 Oct 01]. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/sistemaSiasiDemografialIndigena.asp>.

Tabnet. [acesso 2011 Oct 01]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet>.

ANEXO 1



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/SMS

Ofício nº 10/2011

São Paulo, 02 de Maio de 2011.

À
Dra. Carla Cisotto

Em atenção à solicitação de esclarecimento quanto à necessidade de análise do Projeto de pesquisa intitulado “Atenção à Saúde da População Indígena Residente no Município de São Paulo: Um Olhar Diferenciado do Gestor Municipal”, informamos que após análise na Reunião Ordinária de 28/04/2011 foi deliberado que não cabe análise da pesquisa por este Comitê de Ética porque não se trata de pesquisa com seres humanos e seus registros.

Se em algum momento a pesquisa envolver seres humanos, a pesquisadora deverá entrar em contato com o CEP/SMS.

Atenciosamente,

Amaury Zatorre Amaral
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/SMS



e-mail: smscep@gmail.com / contato: 3397-2464.