



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA - FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ERINEIDE FERREIRA CRUZ

**AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO DSEI RIO TAPAJÓS COM FOCO
NA ASSISTÊNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA MUNDURUKU.**

Itaituba
2016

ERINEIDE FERREIRA CRUZ

**AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO DSEI RIO TAPAJÓS COM FOCO NA
ASSISTÊNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA DOS POVOS MUNDURUKU**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Itaituba para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem. Orientador: Prof. Mestre Márcio Silva da Conceição.

Itaituba

2016

Cruz,Erineide Ferreira. Ações desenvolvidas pelo DSEI rio tapajós com foco na assistência e atenção à saúde indígena dos povos Munduruku. Erineide Ferreira Cruz – Itaituba: Faculdade de Itaituba (FAI), 2016.

71 f.: il.

Orientador: Márcio Silva da Conceição.

Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Bacharel em Enfermagem)-
Faculdade de Itaituba, 2016.

1. Saúde Indígena. 2.Povos Munduruku. I. Conceição, Márcio Silva da. II.
Faculdade de Itaituba, BR - PA, 2016.

ERINEIDE FERREIRA CRUZ

**AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO DSEI RIO TAPAJÓS COM FOCO
NA ASSISTÊNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA MUNDURUKU**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade
de Itaituba para obtenção de título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientador: Prof. Mestre Márcio Silva da Conceição.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____
Prof.^a. Aline Silva Soares, Mestre

Orientador: _____ Nota: _____
Prof. Márcio Silva da Conceição, Mestre

Avaliador: _____ Nota: _____
Prof. Raimisson Antônio de Abreu Santos, Especialista

Resultado: _____ Média: _____

Data: ____ de outubro de 2016

Dedico este trabalho, a Deus por ter dando-me forças em todos os momentos, a minha família, aos meus filhos (as) e netos (as) que me deram oportunidade para vivenciar essa experiência tão maravilhosa para minha vida pessoal e profissional.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus por estar presente em todos os momentos da minha vida, principalmente naqueles de incerteza, insegurança, aflição de ter me dado saúde, paciência e sabedoria, para realização deste sonho.

A meus filhos (as) Gledson Andric, Gleberson Andreo, GleyceNayanne e Gessika Natanna e aos meus netos (as) Gabriele Camily, Ana Clara, Lara Beatriz e Marcos Davie especial a minha filha indígena Jacira Mu'o, que nos momentos difíceis me deu força e coragem para continuar o meu sonho.

As minhas mães Rosineide Cruz (in memorian) e Maria Cruz (in memorian), a meu pai Elinaldo Barbosa dos Santos (in memorian).

A minha família CASAI e DSEI-RT que por muitas vezes me ajudaram para eu fazer meus trabalhos acadêmicos, em especial a Enf. Cleidiane Carvalho e Enf. Ângela Braga que entenderam foco do meu objetivo.

Aos meus professores que se dedicaram intensamente para nos possibilitar o melhor aprendizado com clareza e responsabilidade.

Em especial as (os) Enf. Bernadeti, Enf. Herickson Lee, Enf. Cleidiane de Jesus, Enf. Adriano e Enf. Marinalva que foram excepcional, se empenharam durante o estágio da melhor forma possível para nos repassar o conhecimento sobre o ato de cuidar com zelo e dedicação.

Ao meu Orientador Prof. Márcio Silva, que não mediu esforços em me orientar, foi com satisfação e honra em tê-lo como meu mediador de conhecimentos em mais essa jornada na minha vida profissional, agradeço imensamente a disposição e o tempo que disponibilizou para possibilitar o aprendizado que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional e, pela motivação deste estudo.

A população indígena Munduruku e Kayapo que me ajudaram a realizar mais esse sonho, através da existência deles eu tenho o meu emprego há 19 anos, no qual me dedico, honro e sou compromissada com esse povo que me acolheu de braços abertos com dignidade e respeito.

Enfim, agradeço de coração a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, de alguma forma com este estudo.

Meus sinceros agradecimentos!

A vida como forma de viver torna-se foco de investimentos do poder, isto é, a vida da população aparece como um problema político. Como problema político, não caberá mais apenas disciplinar os corpos individuais, e sim regulamentar a vida da população. Trata-se de uma economia política que cria a relação entre direito e vida: “direito de intervir para fazer viver, e na maneira de viver, e não como da vida” (Foucault, 2005).

RESUMO

As atividades dirigidas à assistência da saúde dos povos indígenas devem obedecer aos dispositivos da Lei, e seguindo fundamentalmente os princípios de descentralização, hierarquização e regionalização preconizados pelo SUS, levando em consideração as limitações locais e as particularidades culturais dessa população. Assim este estudo objetivou analisar as ações de assistência da saúde indígena, desenvolvida pelo Distrito Sanitário Especial Indígena- DSEI Rio Tapajós nas comunidades indígenas dessa região. Para tanto se partiu de uma revisão bibliográfica sobre o histórico dos DSEI's bem como das atividades desenvolvidas por esses distritos, com foco no DSEI Rio Tapajós, aliada a realização de pesquisa de campo por meio da utilização de entrevistas estruturadas. Como principal resultado pode-se verificar que as atividades são realizadas em conformidade com o que preconizado pelo Subsistema de Saúde Indígena, no entanto os gestores e equipe multidisciplinar relatam ter dificuldades relacionadas à comunicação, pois além da barreira enfrentada com a linguagem, os aspectos culturais e religiosos atrapalham bastante na aceitação das condutas a serem adotadas em determinadas situações. Conclui-se então que o desafio para a realização dos trabalhos de assistência à saúde indígena atravessa questões culturais, geográficas, logística e de investimento, assim o profissional de enfermagem precisa estar preparado para vencer essas barreiras no intuito de garantir uma prestação de serviço com maior qualidade.

Palavras-Chave: Saúde Indígena. Povos Munduruku. DSEI Rio Tapajós.

ABSTRACT

The activities aimed at health care of indigenous peoples must comply with the provisions of this Act, and basically following the principles of decentralization, regionalization and hierarchy adopted by SUS, taking into account local constraints and cultural characteristics of this population. So this study aimed to analyze the health care actions developed by the Special Sanitary District Indigene- DSEIs Tapajós River in the indigenous communities of the region. For both broke a literature review on the history of DSEIs well as the activities developed by these districts, focusing on DSEIs Rio Tapajós, combined conducting field research through the use of structured interviews. The main result can be seen that the activities are carried out in accordance with that recommended by the Subsystem of Indigenous Health, however managers and multidisciplinary team report having difficulties related to communication, because beyond the barrier faced with language, cultural aspects and religious hinder rather acceptance of the measures to be adopted in certain situations. It follows then that the challenge to the achievement of relief efforts indigenous health through cultural, geographical, logistical and investment, so the nursing professional must be prepared to overcome these barriers to intuited to ensure the provision of services more quality.

Keywords: Indigenous Health.Mundurukupeople.DSEIs Rio Tapajós.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Organização do DSEI e Modelo Assistencial	16
Figura 2 - Mapa de Abrangência do DSEI Rio Tapajós	17
Quadro 1 - Atribuições da SESAI	20
Quadro 2 - Municípios que fazem parte do DSEI RT	21
Quadro 3 - Quantitativo de profissionais pactuados	22
Tabela 1 - Perguntas aplicadas a Coordenadora do DSEI RIO TAPAJÓS.....	47
Tabela 2 - Perguntas aplicadas ao Chefe do DIASI	48
Tabela 3 - Perguntas aplicadas ao Presidente do CONDISI	50
Tabela 4 - Perguntas aplicadas aos usuários indígenas	51
Tabela 5 - Perguntas feitas a equipe multidisciplinar.....	53

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
APS	Atenção Primária de Saúde
CASAI	Casa de Apoio a Saúde Indígena
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CONDISI	Conselho Indígena de Saúde Indígena
DESAI	Departamento de Saúde Indígena
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Atenção Básica à Saúde Indígena
EVS	Equipe Volante
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
MDF	Ministério Público Federal
MDK	Munduruku
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PNASI	Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SASI	Subsistema de Saúde Indígena
SASISUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.
SEAD	Seção de Apoio Administrativo
SELOG	Serviços de Recursos Logísticos
SEOF	Serviço de Orçamento e Finanças
SERH	Serviço de Recursos Humanos
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SESANI	Serviços de Edificações e Saneamento Ambiental
SIP	Serviço de Proteção ao Índio
SPDM	Sociedade Paulista do Desenvolvimento da Medicina
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Apoio

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1 HISTÓRICO DOS DSEI's.....	14
2.2 ASPECTOS CULTURAIS DOS POVOS INDÍGENAS MDK.....	22
2.3 SAÚDE PÚBLICA PARA A POPULAÇÃO INDÍGENA.....	30
2.4 AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS PELO DSEI TAPAJÓS.....	33
2.4.1 Etnias atendidas pelo DSEI.....	40
3 METODOLOGIA.....	41
3.1 ABORDAGEM DO ESTUDO.....	41
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	41
3.3 DELIMITAÇÕES TEMPORAIS.....	42
3.4 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA E APROXIMAÇÃO.....	42
3.5 REGISTROS E TRATAMENTOS DOS DADOS.....	42
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	44
4.1 RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES.....	44
4.1.1 Palavra da Gestora do DSEI RT.....	44
4.1.2 Palavra do Chefe do DIASI.....	45
4.1.3 Palavra do Presidente do CONDISI.....	47
4.1.4 Palavra dos usuários Indígenas.....	48
4.1.5 Palavra da Equipe Multidisciplinar.....	50
5 CONCLUSÃO.....	54
REFERÊNCIAS.....	57
ANEXOS.....	62

1 INTRODUÇÃO

Na década de 1980, motivada por diversas razões, como custo elevado da assistência à saúde, um aumento dos erros e processos médicos, a exigência dos próprios usuários quanto à melhoria da assistência prestada e a necessidade de beneficiar as organizações do serviço de saúde, colocou-se a qualidade como matéria prioritária para essa área (AZEVEDO,1992; PADILHA, 2001).

Apesar da tentativa de reorganização do modelo de atenção à saúde indígena através da descentralização das ações de saúde, com a implantação dos Distritos Sanitários Especializados Indígenas (DSEI), há outros fatores que interferem na situação desse grupo populacional, como: a alta rotatividade de profissionais de saúde, a desarticulação com outros níveis de atenção do SUS, a irregularidade e falhas nas notificações de eventos vitais, insegurança alimentar e questões ligadas à terra indígenas (SANTOS, 2008).

Diante dessa situação exposta é possível entender a falta de integralidade das ações por parte de diversos órgãos e o quão isso pode afetar a qualidade da atenção à saúde. “A pouca ou inexistente articulação intersetorial e mesmo setorial é motivo de profunda crítica dos gestores” (DESLANDES, 2007, p. 1288)

A saúde indígena é um campo da saúde pública pouco estudado, e, tratar então com elementos importantes, que retratem a qualidade da atenção à saúde específico dos indígenas e que dê ênfase às particularidades indígenas, subsidiando organizações ligadas a esse grupo populacional são mais escassos ainda. (GUIMARÃES,2010, p.14)

Observa-se que a saúde é um fator importante na vida de um ser humano, assim como no bem-estar físico, mental e social. Para os povos indígenas, a saúde está relacionada aos fatores como habitat, a natureza, a cultura, crenças, tradições e a questão sócio econômica. Neste sentido, a saúde indígena é de certa forma preocupante, pois sabe-se, que as políticas públicas nacionais em saúde indígena, nem sempre consideram as diferenças e as adversidades étnicos e culturais dessa população promovendo o tratamento alternativo diferenciado.

As transformações que os povos indígenas têm vivido perpassam por alterações socioeconômicas e culturais e tem impactado na situação de saúde, principalmente pelo contato com a sociedade não indígena (COSTA, 2006).

Além dessas alterações, outras como as mudanças demográficas, culturais e ambientais (COIMBRA, apud COSTA, 2006) têm orientado a transição epidemiológica que vivenciam os índios brasileiros (presença e causa morte por doenças infecciosas e parasitárias, associadas a doenças crônico-não-transmissíveis).

Portanto o objetivo deste estudo é analisar as ações de assistência à saúde desenvolvida pelo Distrito Sanitário Especial Indígena- DSEI Rio Tapajós nas comunidades indígenas dessa região. Diante da análise para alcançar o objetivo é necessário levantar as ações que são desenvolvidas pelo DSEI Tapajós na área da saúde indígena, identificar as problemáticas vivenciadas pelo DSEI-RT no campo da saúde indígena e verificar as opiniões dos gestores do DSEI-RT sobre as políticas de saúde implementadas aos povos Munduruku.

Diante da análise e para melhor encaminhamento do estudo, foram elaborados alguns questionamentos: Quais mecanismos são utilizados pelo DSEI-Tapajós para a construção das ações em saúde indígena? Como são desenvolvidas as ações nas aldeias indígenas? Quais os obstáculos enfrentados pelos profissionais de saúde que prestam assistência à saúde dos povos indígenas, na rede pública do município de Itaituba-Pá?

Espera-se que esses encaminhamentos contribuam no encaminhamento da pesquisa. Nesse sentido, o presente estudo busca analisar as ações desenvolvidas pelo DSEI Rio Tapajós, uma vez que se considera importante fazer essa discussão no ambiente acadêmico.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 HISTÓRICO DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA- DSEI'S

O DSEI é um espaço étnico e cultural, além de ser dinâmico é bem delimitado geograficamente e administrativamente do ponto de vista teórico. Não respeita limites dos Estados, mas sim respeitando as divisões culturais e de terras indígenas (que perpassam por diversos deles). Têm a função de reordenar a rede de saúde, desempenhar um papel de responsabilidade sanitária, desenvolver atividades administrativo-gerenciais e promover ações de atenção básica de saúde, com equipe mínima e necessária para executar essas ações, sob o controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde, com total integração com o SUS e utilizando de uma abordagem diferenciada e global (CHAVES, 2006; FUNASA, 2008; LIMA, 2009, Apud. GUIMARAES, 2010)

Levando em consideração as características étnicas e culturais da população indígena, o Ministério da Saúde, através da Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999, acresceu à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelecendo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena enquanto componente do Sistema Único de Saúde (SUS), deixando sua coordenação como responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). As atividades dirigidas à assistência da saúde dos povos indígenas devem obedecer aos dispositivos desta Lei, e seguindo fundamentalmente os princípios de descentralização, hierarquização e regionalização preconizados pelo SUS, levando em consideração as limitações locais e as particularidades culturais dessa população (FUNASA, 2003).

Entretanto em 1999 a FUNASA viabilizou um modelo de atenção terceirizado, onde as ações de saúde que seriam prestados pelo SUS em áreas indígenas passariam a ser ofertados pelo setor privado, que assumiria a responsabilidade sendo subsidiada pelo Estado (GARNELO; SAMPAIO, 2005). Dessa maneira o Estado atribui à iniciativa privada obrigações e atribuições que até então lhes pertencia e fazia parte da sua responsabilidade junto à sociedade (ABRÚCIO, 2006 p. 26).

Sendo assim, através da Resolução CNS nº. 011 de 31 de outubro 1991, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) elaborou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), composta por representantes do governo federal – Ministérios da Saúde

e da Justiça, universidades, organizações não governamentais (ONGs) e por representantes indígenas. A finalidade dessa Comissão era auxiliar o Conselho Nacional de Saúde na construção de diretrizes das políticas na área da saúde indígena, bem como no seguimento da saúde indígena através da articulação entre os setores dos órgãos dos governos e da sociedade civil organizada. Dentre as atribuições da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio, podemos destacar a efetivação de pesquisas e construção de novos conhecimentos com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das populações indígenas, que resultam em sugestões ao plenário do Conselho Nacional de Saúde. Todos os anos, o calendário das reuniões e o plano de trabalho são apresentados com base no planejamento do Conselho, nas propostas da Conferência Nacional de Saúde e da Conferência Nacional de Saúde Indígena, e na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Resolução n.º 011/91).

Posteriormente à publicação da Lei Arouca, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão do Ministério da Saúde, ficou com a incumbência de coordenar e pôr em prática as atividades da saúde indígena. Diante de várias dificuldades, buscou-se alternativas que assegurassem a presença de servidores nas várias esferas do governo. Assim sendo, essa instituição governamental dispunha de pouco recurso humano próprio para desenvolver suas atividades, optando então por subcontratar municípios e ONG's para a realização das ações em saúde nas aldeias onde a FUNASA não dispusesse de rede própria. A administração nacional do subsistema passou então a ser coordenado pelo Departamento de Saúde Indígena (DESAI), um setor da FUNASA sediado em Brasília (GARNELO, 2003).

Diante disso, a Lei Arouca (Lei n. 9.836/1999), instituiu-se o Subsistema de Saúde Indígena (SASI), visto como item integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), na forma de um subsistema. Essa lei deliberou que a assistência à saúde deveria ser feita através de redes territorializadas de serviços organizados na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Saúde DSEI (Portal, 2014).

Este Subsistema de Atenção à Saúde Indígena tem como eixo os trinta e quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), cuja demarcação geográfica deve considerar os aspectos étnicos, demográficos e culturais, não rompendo com o

modelo assistencial, mas apenas criando-se novos sítios burocráticos sem alterar efetivamente a prestação de serviços. Por conseguinte, o distrito não vai além de uma reforma organizacional (MENDES, 1995).

O DSEI é uma unidade organizacional da Funasa e deve ser entendido como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, enfeixando um conjunto de ações de saúde para atenção básica, articulada com a rede do SUS para referenciar e contra referenciar pacientes ao atendimento de média e alta complexidade, e com controle social realizado por intermédio dos Conselhos Locais, Distritais e Conferências Nacionais de Saúde Indígena. (MORAIS, 2004 a 2005)

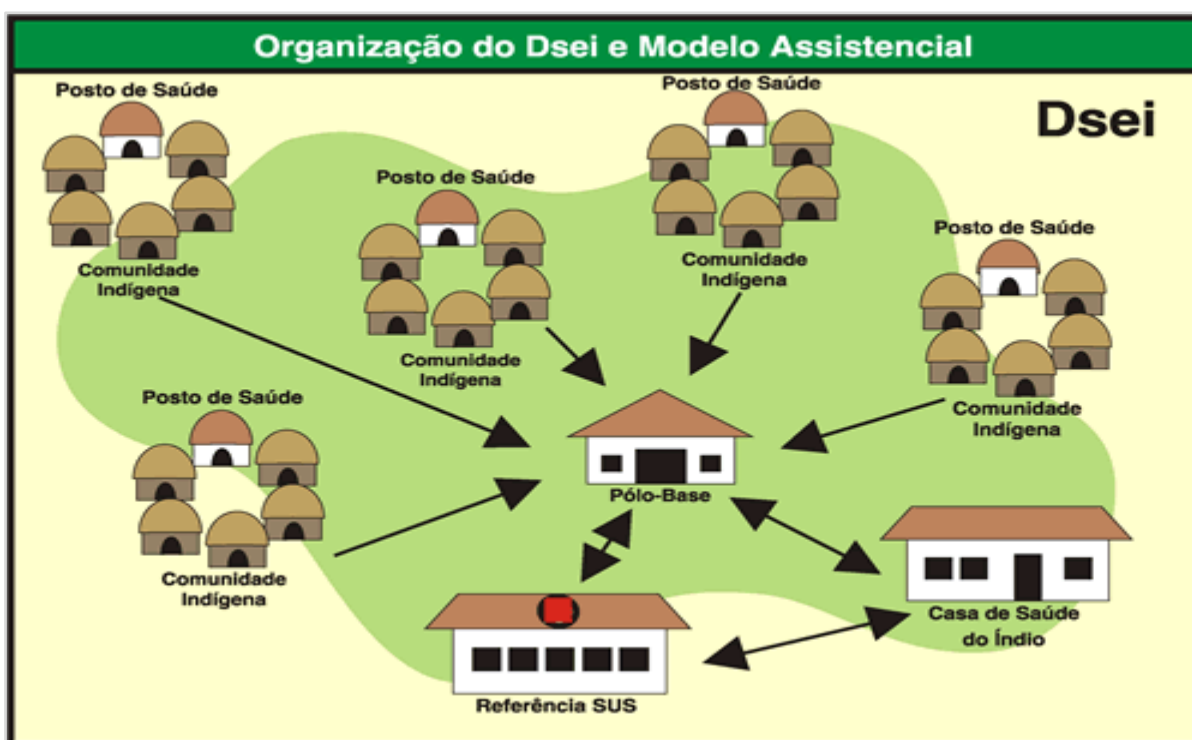


Figura 1 - Organização do DSEI e Modelo Assistencial. Fonte: Fundação Nacional de Saúde (2008)

Organiza-se com o objetivo de descentralizar as ações através de unidades básicas de saúde nas aldeias, polo-base como referência para um conjunto de aldeias, e casa do índio (abriga indígenas em locais fora das aldeias no período do tratamento). É financiado majoritariamente pelo Ministério da Saúde e estão atualmente sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (SANTOS, 2008).

Desta forma, as Casas de Saúde do Índio, que de acordo com Chaves, 2006 e confirmado pela Fundação Nacional de Saúde que também integram-se a rede de referência do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), tendo com função abrigar e cuidar dos índios e de seus acompanhantes, durante todo o período de tratamento que necessite dos serviços de referência fora das aldeias. Essas casas ficam localizadas nos municípios de referências ou nas capitais dos estados. Elas não têm como função promover ações médico-assistenciais e sim de agendar atendimentos especializados, dar apoio e continuidade ao tratamento já instaurado, até que o índio esteja reabilitado e em condições de retornar à aldeia (Funasa 2008)

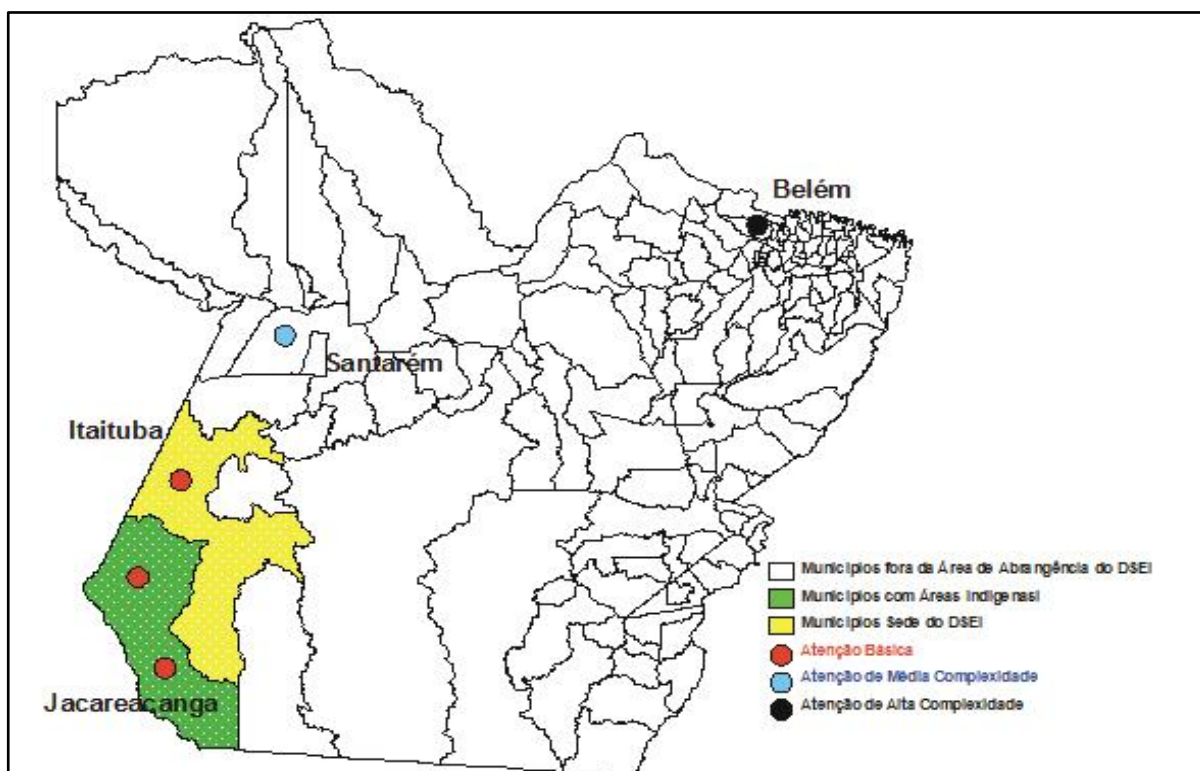


Figura 2 - Mapa de abrangência do DSEI Riote Tapajós. Fonte <http://www.saudeindigena.spdm.org.br/site/index.php/dsei/tapajos>.

Entretanto, ao organizar a demanda é imprescindível não menosprezar a demanda espontânea e ter humanização na assistência, não no sentido do acolhimento somente, mas também do acesso, de disponibilizar vagas para todos, de maneira equânime e satisfatória a fim de atingir um serviço de melhor qualidade para a população. (GUIMARÃES; 2010, p. 56)

Os Distritos que estão sendo inseridos no Brasil consideram as características próprias de cada população indígena e estão sendo idealizados dentro de uma metodologia de discussão que reúne vários setores da sociedade como: as

organizações indígenas, as ONGs, as universidades e órgãos federais como a FUNASA e a Fundação Nacional do Índio (ATHIAS; MACHADO, 2001).

Em 2002, o Ministério da Saúde e a Fundação Nacional de Saúde difundiram a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI), onde foi divulgada a necessidade de adesão de um paradigma assistencial individualizado buscando garantir à população indígena que exerce sua cidadania no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2000).

A ideia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade de condicionantes da saúde. (...) essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização o conhecimento com o discernimento de atentar para diferenças e singularidades dos acontecimentos (CZERESNIA, 2003, p. 47-48).

Cada distrito deve organizar uma rede de serviços dentro das áreas indígena, integrada e hierarquizada com progressiva diversidade e vinculada à rede do SUS. As Comissões Intergestores Bipartites são relevantes pontos de articulação para o ativo estabelecimento dos distritos. As equipes de saúde dos distritos devem ser integradas por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde, trazendo ainda a cooperação de engenheiros sanitaristas, antropólogos, educadores, e demais técnicos e especialistas. Os povos indígenas serão atendidos por outra instância, os denominados Pólos-Base (Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, 2002).

Sendo assim, cada aldeia contará com uma Unidade de Apoio (UA), oferecendo estrutura para o seguimento das ações em saúde realizadas pelos Agentes Indígenas de Saúde, sob fiscalização da enfermagem. Nas comunidades que oferecerem sistema de abastecimento de água será incluído à equipe de saúde, o Agente Indígena de Saneamento (AISAN). A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena será formada por no mínimo o médico generalista, enfermeiro, odontólogo, auxiliar ou técnico de enfermagem, auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene dental e agente indígena de saúde (AIS) e agente indígena de saneamento-AISAN (BRASIL, 2006).

Desse modo, sabendo que a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI, que foi instituída pela Lei 12.314, de 19 de agosto de 2010, e pelo Decreto nº 7.336,

de 19 de outubro de 2010, com posteriores revogações até a edição do Decreto nº 8.065, de 07 de agosto de 2013, é o setor que integra a estrutura do Ministério da Saúde com a responsabilidade de administrar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde – SasiSUS (Relatório de gestão do exercício de 2013).

Entretanto a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas pressupõe a ideia de uma rede de ações especiais nas terras indígenas, almejando garantir a cobertura e o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Vale frisar que a implantação dessa rede de serviços está baseada na definição territorial de 34 distritos sanitários especiais indígenas- DSEI, determinando que as equipes multidisciplinares de saúde dos distritos deverão incluir agentes indígenas de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, odontólogos e médicos, psicólogos e assistentes sociais, dentre vários outros especialistas, a fim de desempenhar as atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

Os DSEI's estão sob a competência da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), e foram demarcados utilizando-se parâmetros geoepidemiológicos e etnográficos. Cada DSEI possui um grupo de equipamentos que favorece a assistência nas ocorrências simples, sendo que os casos de alta complexidade ficam sob a responsabilidade dos hospitais regionais, requerendo todo um processo para remoção dos pacientes (BRASIL, 2006).

A SESAI tem como principal missão a administração da saúde indígena, com o intuito de oferecer proteção, promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo suas particularidades, o perfil epidemiológico e as condições sanitárias de cada Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI, em conformidade com os programas do Sistema Único de Saúde – SUS (Relatório de gestão do exercício de 2013, pag.11).

Para Brasil em 2010, a SESAI, ligada ao Ministério da Saúde, tem caráter executivo, devendo operar de maneira descentralizada por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's), tendo as seguintes atribuições:

Criação das condições adequadas para que os distritos tenham independência administrativa e financeira sendo então transformados em unidades gestoras do SUS;

Afiançar orçamentos próprios e administrados através dos Fundos Distritais de Saúde;

Ter um plano de carreira específico para os profissionais de saúde indígena, dispondo de condições trabalhistas ajustadas às complexas e diferentes práticas dos DSEI's;

Garantir que os chefes ou coordenadores dos distritos sejam confirmados pelos conselhos distritais;

Garantir que o controle social seja satisfatório, com contribuição da população indígena em todas as etapas de decisão;

Desenvolver um quadro estável de servidores, correspondente às necessidades estratégicas da gestão, através de concurso público e que garanta a participação indígena nos processos;

Assegurar que os servidores tenham perfil técnico independente das intervenções políticas.

Quadro 1 - Atribuições da SESAI. Fonte: Brasil, 2010.

Existem hoje, no País, 34 DSEI's, sendo que o número de unidades resulta, dentre outros fatores, do número da população indígena nas regiões e estados, são responsáveis pelas ações práticas e efetivas, com a finalidade de prestar uma assistência de qualidade, além das ações sanitárias adequadas, incentivando o controle social. Para a delimitação e organização estrutural dos distritos, vários encontros foram realizados com as organizações e lideranças indígenas, além da participação de representantes da FUNAI, secretarias municipais e estaduais de Saúde, universidades e ONG's que atuam na assistência à população indígena (FUNASA, 2009).

De acordo com o Brasil (2008), a gestão da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve ser responsabilidade da SESAI, que irá determinar o contrato de gestão do Instituto Nacional de Saúde Indígena, de acordo com as demandas dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que irão aumentar de 34 para 36 com o novo modelo. Esse documento irá definir as metas, prioridades, orçamento e prazos, assim como a articulação com estados e municípios para os serviços de média e alta complexidade.

No dia 12 de agosto de 2011, foi divulgado pela SESAI o edital de chamamento público nº 01/2011 objetivando à seleção através de convênio de entidades privadas sem fins lucrativos, para desempenho das atividades integrantes da atenção à saúde dos povos indígenas.

Foram escolhidas: a Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), tendo sua base em São Paulo que ficou responsável por 14 Distritos Sanitários Indígenas (DSEI's); o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), com base em Recife, responsável por 5 DSEI's; e a Missão Evangélica Caiuá com sede em Campo Grande, responsável por 15 DSEI's . Diário Oficial da União, 2012.

O DSEI Rio Tapajós está vinculado à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), contando hoje com 353 funcionários, distribuídos na Sede (DSEI), Pólos Base, nas Casai e nas aldeias de Itaituba, Jacareacanga, Novo Progresso e Trairão (SADECK, 2013).

Sede do DSEI:	Itaituba
11 Polos Base:	Caroçal do Rio das Tropas; Itaituba; Jacareacanga; Katõ; Missão Cururu; Novo Progresso; Restinga; Sai Cinza; Santa Maria; Teles Pires e Waro Apompo (Posto MDK)
3 CASAI's:	Itaituba; Jacareacanga; Novo Progresso

Quadro 2 - Municípios que fazem parte do DSEI. Fonte: (SPDM, 2015)

De acordo com Brasilem 2006, os 34 DSEI's, são responsáveis pela direção do processo de trabalho Execução das Ações do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASISUS, criados pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, tratando-se de uma forma de disposição de serviços, direcionado a um ambiente etnocultural, populacional e administrativo bem demarcado, contemplando um grupo de ações, buscando atingir uma assistência de qualidade, através da promoção da

reorganização da rede de saúde e das práticas sanitárias, promovendo também ações de gerenciamento e controle social.

A independência administrativa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI's sempre foi uma exigência dos grupos indígenas, tendo sido defendida por suas lideranças desde a II Conferência Nacional de Saúde Indígena, ocorrida em 1993. Com essa independência, será possível para os indígenas observar e fiscalizar as ações do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS. Essa mudança trará em maior rapidez na prestação dos serviços, reduzindo o tempo de retorno nas atividades desenvolvidas pela Funasa (FUNASA, 2009).

Diante disso é importante ressaltar, que o DSEI em conjunto com o controle social, levantam definições importantes para a busca da melhoria da assistência e atenção à saúde indígena. O controle social se efetiva a partir dos Conselhos Indígenas de Saúde (CONDISI), garantindo a participação dos índios na gestão dos DSEI's (BRASIL, 2007).

Na disposição dos serviços de saúde, além dos DSEI's, os Polos-Base se caracterizam como outra importante área de assistência aos indígenas. Esses polos são a primeira alternativa para os Agentes Indígenas de Saúde (AIS's) que operam nas aldeias, desde a atenção primária até os serviços de referência. Cada Polo-Base fica responsável por um conjunto de aldeias, sendo que sua equipe, além de realizar atendimentos à saúde, fica também responsável por realizar capacitações e supervisão dos AIS's.

Tem-se um total, de 337 Polos-Base localizados em 432 municípios, que são organizados como Unidades Básicas de Saúde, contando com Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI's), integradas por médicos, enfermeiros, nutricionistas, dentistas e técnicos de enfermagem, entre outros (FUNASA, 2009).

Médico	2
Enfermeiro	47
Cirurgião Dentista	6
Assistente Social	4
Nutricionista	6
Farmacêutico	5
Psicólogo	2
Arquiteto	1

Engenheiro	2
Geólogo	1
Técnico Enfermagem/Auxiliar	87
Auxiliar de Saúde Bucal	7
Técnico laboratório	11
Agente de Combate a Endemias	13
Técnico Saneamento	6
Agente Indígena de Saúde	77
Agente Indígena de Saneamento	28
Apoiador técnico de Atenção à Saúde	1
TOTAL	306

Quadro 3 - Quantitativo de profissionais pactuados. Fonte: (SPDM, 2015)

No entanto os profissionais contratados pela Secretaria de Saúde Indígena para os Dsei realizarão consultas medicas e enfermagem; procedimentos odontológicos; avaliações nutricionais; exames de pré-natal; visitas domiciliares; busca ativa de casos de tuberculose e malária; controle do crescimento e desenvolvimento infantil; testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites B e C e atualização do cartão vacinal dentre outros.

Com isso, o ministério quer também regularizar e ampliar as ações de atenção à saúde nas aldeias; garantir medicamentos e insumos; aprimorar o sistema de informação em saúde, com ênfase no cadastro da população e no monitoramento das ações implementadas; capacitar as equipes multidisciplinares de saúde indígena; melhorar a estrutura das unidades de saúde e de saneamento e articular a organização das ações complementares da atenção básica e das referências para média e alta complexidades (Brasil, 2012).

Para Brasil (2006), são competências dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI: planejamento, coordenação, supervisão, monitorização, avaliação e execução das ações do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS, em suas áreas de desempenho; realizar ações de cumprimento orçamentar, financeiro e contábil relativas aos créditos sob a administração específica de cada DSEI.

Foram organizados no território brasileiro obedecendo a padrões geográficos, tendo como embasamento a distribuição geográfica da população indígena, abrangendo mais de um município e em certos casos mais de um estado, estando estruturados por oito subunidades administrativas: Seção de Apoio Administrativo – SEAD, Serviços de Recursos Logísticos – SELOG, Serviço de Orçamento e Finanças – SEOF, Serviço de Recursos Humanos – SERH, Serviços de Edificações

e Saneamento Ambiental – SESANI, Escritório Local, Divisão de Atenção à Saúde Indígena – DIASI e Casa de Saúde do Índio – CASAI (BRASIL, 2006).

De acordo com Lima (2009), ressalta-se a necessidade de maior interação entre os conhecimentos dos antropólogos e dos profissionais de saúde, durante a preparação ou adequação desses instrumentos, através da criação de suportes para que o sistema de informação em saúde seja idealizado de forma prática e flexível, levando em consideração a grande variação cultural das populações indígenas.

A função do agente indígena de saúde é fundamental no cumprimento da assistência à saúde e à diversidade cultural, facilitando a participação da comunidade, de forma individual ou coletiva em seu planejamento, execução e avaliação. Para que tenha uma atuação efetiva na atenção primária. Este agente deve ser capacitado constantemente de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas PNASPI (FUNASA 2000).

Ainda de acordo com o autor acima, a PNASPI conta com uma diretriz específica para a formação e capacitação de recursos humanos, direcionada à promoção de conhecimentos do sistema ocidental aos agentes indígenas de saúde, embora haja a necessidade de realizar capacitações e especializações sobre antropologia para os profissionais de saúde.

Visando atender as demandas da população indígena, garantindo o atendimento das especificidades dessa população, foi formulada a Política Nacional de Atenção à Saúde aos Povos Indígenas (PNASPI), em 2002. O propósito dessa política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura(Relatório de gestão do exercício de 2013, pag.38).

No dia 19 de outubro de 2010, foi editado o Decreto nº. 7.336/2010 que oficializou a criação das 14 Secretarias Especial de Saúde Indígena (SESAI). Durante o período de mudanças para o pleno funcionamento dessa nova forma de gestão da saúde indígena, houve uma gestão partilhada entre SESAI e Funasa, e

mesmo o governo federal tendo estabelecido prazo de três meses para a definição de organização estrutural e demais medidas que a tornassem operacional, essa condição perdurou por mais de três anos, no mesmo momento em que a atenção à saúde para a população indígena passava por períodos difíceis (Diário Oficial da União, 2010).

Segundo o art. 46 do Decreto nº 8.065, de 07 de agosto de 2013, compete à Secretaria Especial de Saúde Indígena:

- I. Planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, mediante gestão democrática e participativa;*
- II. Coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas;*
- III. Planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações referentes a saneamento e edificações de saúde indígena;*
- IV. Orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, em consonância com as políticas e os programas do SUS e em observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais indígenas;*
- V. Planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de atenção integral à saúde no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;*
- VI. Promover ações para o fortalecimento do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;*
- VII. Promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena;*
- VIII. Promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena;*
- IX. Identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena.*

A atuação da sociedade no âmbito das políticas de saúde, entendida como um direito intrínseco à cidadania está prevista na Constituição Federal de 1988 em seu capítulo de saúde e seguridade social. A normatização da atuação social deu-se através da Lei 8.142/1990, que instituiu a participação dos clientes em todas as fases de operacionalização do SUS, através dos conselhos de saúde. Essa tática de gestão política partilhada do SUS ficou conhecida como controle social. Os conselhos de saúde foram instaurados nas três esferas do governo – federal estadual e municipal – e atuam ordenadamente em nosso país (SCOREL; MOREIRA, 2008).

De acordo com as diretrizes que norteiam a Política Nacional de Saúde Indígena, os conselhos distritais de saúde devem dispor da participação paritária de representantes das etnias atendidas pelo DSEI e das instituições que prestam serviços. Sendo assim, é possível afirmar que a formação dos assentos no conselho deve corresponder a: 50% de representantes indígenas, 25% de representantes institucionais e 25% de representantes dos servidores que trabalham no DSEI. É fundamental evidenciar que a disposição dos conselhos locais de saúde que englobassem grupos de aldeias iria buscar a uma maior aproximação com os modos próprios de organização política indígena (BRASIL, 2006).

O mecanismo para se estabelecer a ordem social em saúde indígena conta, dentre suas outras particularidades, com a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), comitê assessor do Conselho Nacional de Saúde, sendo a máxima instância de ponderação de controle social em saúde no Brasil. No âmbito local, o desempenho dos Conselhos Distritais deve se restringir às ações desenvolvidas no interior dos DSEI, mesmo que frequentemente essas se misturem com as ações dos sistemas municipais de saúde. Esses sistemas possuem seu próprio domínio de controle social, que são os conselhos municipais de saúde. As determinações legais existentes não permitem formas de interação entre as duas estruturas de controle social (GARNELO; PONTES, 2012).

Ainda de acordo com os autores, o controle social é um extraordinário recurso de gestão, representando uma forma, pois representa um meio excepcional de percepção das dificuldades dos clientes de um sistema de saúde, possibilitando a participação no planejamento, processo de escolha e avaliação das ações de saúde realizadas nas unidades básicas de saúde e nos níveis essenciais do processo de gestão.

2.2 ASPECTOS CULTURAIS DOS POVOS INDÍGENAS MDK

Os povos indígenas Munduruku são culturalmente distintos da sociedade civil e também entre si no que diz respeito às crenças religiosas, subsistência, comunicação e organizações sociais. As políticas indigenistas que foram implementadas pelo Estado brasileiro fazem reverência a um influente discurso “assimilacionista”, onde a população indígena com o passar dos anos iria dissipar-se, unificando-se à sociedade civil brasileira, adotando a cultura, política e organização social da mesma (SANTOS, 2008, p. 1035 - 1036).

É consensual, até mesmo pela Constituição Federal, que as terras indígenas são aproveitadas por eles para suas atividades produtivas, e que é de fundamental importância a proteção dos recursos ambientais, como elemento de bem-estar indispensável à sua reprodução física e cultural, obedecendo a seus costumes e tradições (BRASIL, 2005).

A Terra Indígena Munduruku exhibe dezenas de assentamentos que são chamados de aldeias, que podem ser constituídas por apenas uma família com quatro integrantes ou por dezenas de famílias. Dentre as maiores aldeias, destacam-se Missão e Waro Apompu, no Rio Cururu; Teles Pires, no Rio Teles Pires; Katõ, no Rio Kabitutu; e Caroçal, no Rio das Tropas (BRASIL, 2008).

A busca para escolher e ocupar terras para fixar novas aldeias é uma habilidade entre os Munduruku. Os homens da família percorrem extensas áreas do território Munduruku, geralmente entre as jornadas de caça ou pesca, ou exclusivamente para este fim, em busca de novos locais para ocupar, sendo que em muitos casos os familiares mais velhos da família e da aldeia interessam-se por regiões mais bonitas, com fartura de caça, pesca e castanhas, ou com “terra preta”, devido ser mais favorável à agricultura (BRASIL, 2008).

O costume de implantar novas aldeias pode ter vários motivos: esgotamento dos recursos na área antiga, aumento populacional, dificuldade de acesso e, ultimamente, pela necessidade de ocupar e proteger áreas novas próximas aos limites da terra indígena demarcada. É comum, também, que pessoas acusadas de feitiçaria tenham que fugir caso não queiram ser mortas. Nesse caso, é comum

aldeias em locais bastante isolados e parece que esse foi, também, um dos condicionantes para a fundação de novas aldeias. (Levantamento Etnoecológico MUNDURUKU, Terra Indígena Munduruku, BRASIL, 2008, pag.27).

Após escolher a nova área para ser ocupada, os homens retornam à sua aldeia de origem e, com as famílias, reúnem pertences pessoais, ferramentas de trabalho, mudas e sementes, farinha de mandioca, e se deslocam, geralmente em canoas, para a nova área. A farinha é imprescindível para acompanhar a carne de caça enquanto não há produção agrícola. (Levantamento Etnoecológico MUNDURUKU, Terra Indígena Munduruku, BRASIL, 2008, pag.27).

Várias vertentes da vida cultural dos Munduruku sofreram modificações após contato com as frentes econômicas e instituições não indígenas. Sendo considerado um povo guerreiro, várias demonstrações culturais importantes estavam vinculadas às atividades de guerra, com aspecto simbólico marcante para o homem e a sociedade Munduruku. Esse povo cultivava algumas práticas culturais ligadas à pesca, como as brincadeiras com timbó, uma raiz que após ser triturada é lançada nos rios para favorecer a captura dos peixes. Normalmente no dia anterior à “tinguejada”, a raiz do timbó é amassada sobre troncos, onde é socada com pedaços de paus de forma ritmada. As mulheres, principalmente as mais jovens, colhem urucu ou a seiva que parece uma goma branca de um arbusto chamado sorva, e perseguem os homens a fim de passar estes produtos no rosto e nos cabelos, sendo que eles fogem e dá-se então início a um jogo por toda a aldeia (RAMOS, 2003).

O autor relata ainda que com relação à religiosidade, há duas missões religiosas: A Missão São Francisco, situada na aldeia Missão, no rio Cururu, que foi instalada em 1911; e a Missão Batista, que deu início às suas atividades no final da década de 1960, localizada na aldeia Sai Cinza, no rio Tapajós, com uma distância de cerca de 40 minutos de lancha de Jacareacanga. Sobre a cultura material destacam-se as cestarias e os trançados, atividades exclusivamente masculinas, que confeccionam o lthú (cesto com o qual as mulheres carregam os frutos e produtos da roça), as peneiras e demais utensílios de uso doméstico produzidos com talas e fibras naturais.

Desde antes da colonização europeia, os povos indígenas Munduruku têm seus sistemas habituais de saúde indígena, que associam os vários aspectos da sua disposição social e da sua cultura, a partir da utilização de plantas medicinais, rituais de cura, e práticas diversas de promoção da saúde desempenhada por pajés, curadores e parteiras tradicionais. As medicinas tradicionais indígenas correspondem a etapas de causalidade e trajetos terapêuticos diferentes do modelo biomédico ocidental, procurando devolver o equilíbrio entre o paciente e o mundo. As medicinas tradicionais são distintas, porém não menos importantes do que a medicina ocidental, devendo estar sempre presentes, seja em qual trabalho de saúde for desempenhado a povos de culturas diferenciadas (Conselho Indigenista Missionário, 2013).

Há muito tempo a população indígena vem debatendo políticas de saúde com seus aliados e parceiros, a fim de serem realizadas ações que garantam vida e saúde de qualidade. Ocorreram muitas campanhas do movimento indígena e das organizações que atuam no campo da saúde, objetivando requerer do Estado brasileiro que organize políticas de saúde que favoreçam uma atenção de qualidade, e que atenda às necessidades dos povos indígenas (Conselho Indigenista Missionário, 2013).

Santos (2008) relata que apenas em 1918 deu-se início à atenção à saúde indígena a nível nacional, quando foi implementado um órgão específico para debater questões dirigidas ao índio, chamado de Serviço de Proteção ao Índio (SPI), como uma forma de proporcionar uma política de “pacificação” e “assistencial”, tomando um posicionamento defensor com relação à população indígena, que estava totalmente submetido à aplicação da medicina tradicional, sem atentar e respeitar as particularidades culturais e religiosas. As investidas de ofertar à população indígena uma assistência sistemática só veio ocorrer muitas décadas depois.

O Conselho Indigenista Missionário (CIMI), setor ligado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), foi fundado em 1972 e busca desde então, vincular suas atividades na saúde indígena com as comunidades, considerando suas preferências de organização. Desde 1978 são realizados os Encontros Nacionais de Saúde Indígena, promovidos todos os anos pelo Conselho Indigenista

Missionário (CIMI), tendo a presença de autoridades indígenas e aliados do movimento indígena, vinculados a instituições e núcleos de formação e pesquisa, e que representam uma grande oportunidade para discussão e troca de experiências, de onde resultou a criação de um documento com as diretrizes sobre atenção diferenciada à saúde atendidas na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena em 1986, e a proposta do padrão assistencial baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, aprovado na IX Conferência Nacional de Saúde realizada em 1992 e na II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas em 1993 (Conselho Indigenista Missionário, 2013).

Desde a vinda dos colonizadores ao Brasil, que os povos indígenas sofrem com maus tratos, trabalhos forçados e reclusão. Centenas de povos indígenas foram dizimados com a chegada da colonização, onde eram comuns as práticas da escravidão, chacinas, guerras, e epidemias de doenças infecciosas, concluindo com isso que a relação do Estado brasileiro com os povos indígenas sempre foi assinalada pelo preconceito e descaso, sendo indispensável a criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), órgão vinculado ao Ministério da Agricultura que tem a finalidade de salvaguardar os índios, integrando-os gradativamente à comunhão nacional, e também desocupar as terras que eles estiverem ocupando a fim de serem entregues ao sistema de produção e exploração.

O atendimento à saúde ofertada à população indígena continuou desordenado e era realizado de forma precária, sendo que essas ações eram direcionadas aos casos emergenciais ou inseridos em processos de “pacificação” (Conselho Indigenista Missionário, 2013).

De acordo com o autor acima citado, ainda que em 1986 ocorreu a primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, no contexto da VIII Conferência Nacional de Saúde, que determinou os princípios para o desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) aprovado na Assembleia Constituinte de 1988. Esta Conferência teve a participação de um grupo de dirigentes indígenas e organizações que recomendaram oficialmente um padrão de assistência exclusivo para os povos indígenas do Brasil.

Garnero; Sampaio (2005) relatam que a partir do momento que as organizações indígenas se estabilizaram, estas passaram a ter seus inflexões em

seus objetivos, pois inicialmente foram criados como forma de defesa da identidade indígena e ferramentas de luta pela demarcação das terras, porém precisaram rever seu perfil de atuação no final do século XX, em virtude de novos campos da política indigenista terem surgido e estas organizações foram convidadas a participar da gestão de políticas sociais nos mais variados campos.

No momento da introdução do Subsistema de Saúde Indígena, prevalecia a política neoliberal que indicava uma participação mínima do poder público nas políticas sociais, incluindo a saúde. Na época, dava-se prioridade à contratação das organizações privadas para executar a assistência à saúde e minimizar a participação das instituições públicas. Sendo assim, a atuação do poder público era percebida como de monitorização e fiscalização dos serviços prestados pelas entidades privadas (SOARES, 2008).

2.3 SAÚDE PÚBLICA PARA A POPULAÇÃO INDÍGENA

A Saúde indígena é caracterizada por um cenário de disparidades entre povos indígenas e sociedade civil no que se refere aos indicadores das condições de vida. Essa composição sofreu influência do “processo histórico de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do país” (SANTOS, 2008, p. 1039).

Entretanto, a saúde dos povos indígenas vem sofrendo grandes alterações, desde o seu perfil epidemiológico, até o modelo de atenção à saúde. As doenças infectocontagiosas ocupam um lugar de destaque na história dos indígenas e persistem como as principais causas de morte e de doenças nesse grupo (SANTOS; COIMBRA, 2003 apud SANTOS, 2008).

Foi evidenciando-se ao longo do tempo a ideia de que a população indígena necessitava de uma estrutura específica para atender aos seus problemas, principalmente às questões relacionadas à saúde, pois era importante considerar fatores culturais e operacionais como áreas de difícil acesso e com histórico de economia predatória; fatores epidemiológicos como a falta de “memória imunológica” e fatores políticos como a discriminação social, considerando os índios “selvagens e

preguiçosos” como muitas vezes atualmente são denominados pela sociedade civil (CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009c, p.54).

O desafio é construir algo que levem em consideração essas particularidades existentes entre as sociedades indígenas. A garantia da universalidade que é defendida encontra obstáculos sérios quando se trata de acesso geográfico e suas inúmeras barreiras, não somente geográfica, mas de meios de comunicação e transportes, por exemplo. A integralidade apesar de ser indissociável da universalidade e da equidade, corre o risco de ser resumida a um “subsistema”, de atenção “simplificada” e não “diferenciada” (MALTA; SANTOS, 2003 apud CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009 d, p. 17).

O modelo de atenção à saúde indígena ainda enfrenta grandes desafios para alcançar a tão esperada integralidade e equidade, principalmente quando se trata da universalidade do acesso aos serviços de saúde, da integralidade das ações e do modelo de atenção à saúde que se propõe a enfrentar uma diversidade e ao mesmo tempo, singularidade de situações vivenciadas por milhares de comunidades indígenas espalhadas pelo Brasil (CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009 d: 14).

Equidade assume um valor de justiça, de se buscar oferecer mais a quem tem menos, a quem mais precisa. É muito além de tratar todos iguais. Em se tratando de saúde, equidade é “prover a cada um a atenção, as ações de saúde segundo suas necessidades” (SOUZA, 2007,p.766).

A humanização então é incluída como um elemento essencial para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, e o acolhimento pode ser visto como um mecanismo de aproximação do cliente com a equipe, como consequência, a formação de um vínculo tão importante para a melhoria da saúde, do desenvolvimento do trabalho da equipe e das condições de vida. Isso é confirmado pelo Ministério da Saúde quando infere que um dos maiores problemas de implantação do SUS são os Recursos Humanos que têm a possibilidade, a partir do acolhimento, de alterar as condições de vida e saúde de determinada população, podendo solucionar algumas questões de saúde (CARVALHO, 2008).

Entretanto ainda há grandes desafios para se cumprir, essas e tantas outras que subsidiam a atenção à saúde. Exemplo disso são as desigualdades regionais e populacionais que interferem na disponibilidade, qualidade e humanização de

estruturas capazes de atender com dignidade pacientes que necessitem de procedimentos e tecnologia de média e alta complexidade (COSTA et al., 2005).

A atenção humanizada à saúde precisa de profissionais qualificados, suporte tecnológico, compatível com os níveis de atenção à saúde e profissionais sensíveis aos problemas do indivíduo, família e comunidade, dando seguimento ao cuidado de maneira integral, intersetorial e holístico (XIMENES NETO, 2008).

Para tanto é necessário a implementação de atividades educativas, e que nelas estejam inseridas não somente aspectos técnico-científicos, mas também temas que tratem de ética e humanização da assistência, visto que com a movimentação e com a preocupação de melhoria contínua da qualidade no mundo, visando promover a assistência prestada a população, houve uma padronização do processo de avaliação, que vem se evoluindo e aprimorando padrões, sistematizando a assistência, principalmente de enfermagem, que tem está o objetivo de “modificar as atividades da enfermagem” e garantir o atendimento de qualidade (D'INNOCENZO, 2006, p. 87).

As capacitações são meios para melhorar a competência técnica e “a falta de preparo dos profissionais decorrente, também da sua formação enquanto profissional que pode ter sido ineficiente não possibilitando “o desenvolvimento de competências para ampliar a capacidade de solucionar os problemas do cotidiano, de forma criativa, valorizando o aprender e o trabalho em equipe” (MOURA; SILVA, 2005, p. 797).

Mas para que as capacitações surtam efeitos é necessário levar em consideração os campos de atuações dos trabalhadores de saúde, as suas condições de trabalho e o seu processo contínuo de aprendizado em serviço, além de estímulo quanto à educação em serviço e a formação de grupos de estudos regulares no ambiente de trabalho. Somente assim essas capacitações podem trazer um resultado positivo, não somente para os serviços de saúde, mas para a atenção à saúde de um modo em geral. Porque muito se observa “é o despreparo ou negligência dos profissionais na adoção de tecnologias de assistência” (XIMENES NETO, 2008, p.596).

Diante disso, sabe-se que a atenção básica foi fortalecida para exercer o papel de porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). É na atenção primária, que se obtêm custos menores, tecnologia leve e melhores indicadores de saúde, mesmo com história de iniquidade social. No Brasil o sistema de saúde orientado por

esses princípios tem apontado resultados positivos, que melhoraram as taxas de mortalidade geral e infantil, apesar de estar distante do ideal. Ainda que haja contradições político-ideológicas, a descentralização das ações pode ser o caminho para atingir a qualidade da atenção à saúde, pois quanto mais próximo das necessidades estiver um gestor possuidor de técnica, tecnologia e provedor real dos recursos financeiros, mais facilmente alcançar-se-á alterações positivas das condições de saúde da população (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

É através da atuação e intervenção dos trabalhadores de saúde que é possível e de fundamental importância a mudança do processo de trabalho, tornando esse efetivo, eficiente e humanizado (ARAUJO et al., 2008).

A área territorial indígena está ligada às questões de saúde: a população que vive em áreas grandes e contínuas tem mais oportunidades de ter maiores e melhores condições de prover a garantia nutricional do seu grupo e melhores condições de saneamento (SHANKLAND, 2009).

De acordo com o Conselho Indigenista Missionário, a assistência à saúde indígena no Brasil desde o manifesto da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) pelo Ministério da Saúde em 2008 tem sido definida por uma grande ineficiência, piorando a crise infindável que tem atingido a saúde das comunidades indígenas nas últimas décadas. O Ministério Público Federal (MPF) através da Sexta Câmara de Coordenação e Revisão, incumbida da defesa dos direitos dos povos indígenas e outras minorias étnicas, realizou em dezembro de 2012 o 'Dia D da Saúde Indígena', com o intuito de chamar a atenção do poder público e da sociedade brasileira para a caótica situação da saúde indígena no Brasil (PORTAL, 2014).

A Constituição de 1988 evidenciou os direitos da população indígena às suas terras, a políticas sociais distintas e apropriadas às suas particularidades culturais, à autor representação jurídico-política e ao resguardo de suas línguas e culturas. Esses progressos constitucionais refletiram decisivamente na política indigenista e na sociedade brasileira em geral, fortalecendo o argumento de que esse tratamento distinto às minorias étnicas pelo poder público é um direito e não uma ação caridosa (LIMA; BARROSO-HOFFMAN, 2002).

No final de 2012, a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB) encaminhou carta ao Ministro da Saúde relatando sobre o crescente protesto das lideranças, grupos e organizações indígenas de todo o país, bem como sua revolta pela situação alarmante que se tornou a assistência à saúde indígena, em circunstâncias semelhantes à época da gestão da Fundação Nacional de Saúde, solicitando que fosse realizada uma reforma efetiva na SESAI, a fim de que fosse cumprida sua missão como foi proposto a partir do momento de sua implantação (DIEHL, 2012).

2.4 AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS PELOS DSEI's

O SUS é um sistema público de oferta de serviços de saúde para a sociedade brasileira, compreendendo ações desenvolvidas a nível federal, estadual e municipal, voltadas a indivíduos e grupos. Essas atividades são direcionadas a prevenção, promoção e reabilitação da saúde; orientações a respeito de cuidados com o local de morada e trabalho; garantia da qualidade e andamento de pesquisas e produção de medicações, equipamentos e outros materiais necessários à execução de ações sanitárias no Brasil (NORONHA, 2008).

O Sistema Único de Saúde sob a última Constituição garante o direito a um atendimento de qualidade, através de acesso aos serviços de saúde, sob os princípios da universalidade, equidade, integralidade (MANDU; ANTIQUEIRA; LANZA, 2009, p.281).

A implantação do SUS foi um grande avanço para a desigualdade e equidade, devido ao processo histórico que o antecede. Por ser jovem, o SUS tem pouca experiência para vencer o desafio da desigualdade do ponto de vista da oferta e do acesso, pelo menos. E por ser tão recente este sistema tem que enfrentar um enorme desafio para melhorar a qualidade das práticas de forma que haja adequação das ações com os problemas da população (SOUZA, 2007, Apud. GUIMARAES, 2010, p.40).

A integralidade deve nortear o cotidiano das ações dos profissionais de saúde, a sua organização dos processos de trabalho e as respostas governamentais que busquem o desenvolvimento através de esforços entre os diversos setores para a melhoria das condições de vida de determinada população, assegurando o acesso

nas diversas portas de entrada, pelas mãos das equipes de saúde, nas unidades básicas, ou através da rede pelo sistema de referência e contra referência, com o intuito de oferecer o cuidado (CECÍLIO 1997; 2001 apud KOVASC et al., 2005).

Portanto, como processo de avaliação da qualidade técnico-científica do cuidado prestado ao paciente, demonstra a sua importância não somente em questões relacionadas à pesquisa, mas no cotidiano das ações de saúde (LOPES; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2004).

Esforços são feitos para atuar nas questões prioritárias da saúde, através de políticas públicas e medidas para permitir a resolutividade e acesso quanto às ações. Eventos como as mortes evitáveis estão muitas vezes relacionados com a questão de acesso e por consequência, da qualidade dos serviços e ações de saúde, envolvendo aspectos organizacionais, de gestão e do cuidado, que merecem avaliação atuando como componente sensível da qualidade de vida do Brasil (MANDU; ANTIQUEIRA; LANZA, 2009).

Certamente não existe fórmula mágica e eficaz para diminuir o contingente que procura os serviços de saúde, reduzir as filas, organizar a demanda, diminuir o tempo de espera e proporcionar um atendimento acolhedor. Porém o conhecimento do Sistema Único de Saúde e o respeito pelos seus princípios e diretrizes são os caminhos que podem ser seguidos para conter esses problemas e atingir a qualidade (SANTOS, 2007).

A resolutividade dos problemas de saúde além de evitar um custo maior também pode ser utilizada para avaliar a qualidade da atenção à saúde, a partir do atendimento ofertado para os usuários. Resolutividade numa visão micro significa a capacidade de ofertar aos pacientes, atendimento de qualidade, de encaminhamento quando não for possível solucionar o problema em questão e/ou caso de atendimento especializado. Numa visão macro, se estende solução do serviço de saúde, desde a consulta na primeira porta de entrada até a resolução nos outros níveis de atenção à saúde (TURRINI; LEBRÃO; CÉSAR, 2008).

Um dos principais atributos do Sistema Único de Saúde que interfere negativamente na saúde da população indígena é a predisposição em dar prioridade às atividades em saúde direcionadas à área urbana. Devido à forma como o SUS foi instaurado no Brasil, tem-se observado que os setores da saúde reuniram maior experiência na organização de serviços direcionados aos conjuntos urbanos,

mostrando certa resistência em adequar as estratégias de assistência às populações rurais, estendendo essas ações de saúde para as regiões interioranas (Saúde Indígena: uma introdução ao tema, p. 23).

O núcleo distrital de atenção à saúde indígena responsabiliza-se pelas ações de atenção integral dos índios e funciona com os profissionais que atuam de forma positiva na saúde indígena, tendo em vista as necessidades específicas dessa população. Em se tratando de recursos financeiros para a saúde do índio, em 17 de outubro de 2007, foi regulamentado os incentivos à atenção básica e especializada da saúde indígena, através da portaria nº 2.656, com o objetivo de estabelecer mecanismos de controle para os repasses financeiros à prefeitura e ao estado a fim de “pactuarem o atendimento aos índios, fortalecendo o controle social sobre os benefícios e os gastos” (BRASIL, 2007, p. 5).

Ainda de acordo com o autor, até 1990, a política indigenista e as ações de saúde, estavam sob a incumbência da FUNAI. Sendo assim, o Ministério da Saúde não possuía prática na realização de políticas de saúde exclusivas para as minorias étnicas até o final do século XX. Apenas em 1999, depois da implantação do subsistema de saúde indígena, é que as autoridades sanitárias começaram a se interessar pela temática. Mesmo assim, esses dez anos de criação do subsistema não foram suficientes para gerar tecnologias e formas adequadas de assistência aos povos indígenas.

A percepção de que a existência indígena tem suas particularidades e que devem ser levadas em consideração, e de que o SUS não tinha aptidão adequada para corresponder a essas particularidades, deu origem à recomendação de sistema de saúde exclusivo para a população indígena. Como a estrutura jurídico-política estabelecida pela reforma sanitária destacava o plano de ter apenas um sistema de saúde, desenvolveu-se ideia de implantar subsistema do SUS, assegurando, com isso, uma ligação hierárquica entre essas jurisdições.

É importante frisar que o movimento indígena tem apresentado fundamental participação na reivindicação dos direitos dos povos indígenas a terra, educação e à saúde, destacando sua autonomia na elaboração de futuros projetos e participando da criação de estratégias que convertam tais princípios em ação. Sendo assim, é no

âmbito de luta pelos direitos à diversidade étnica que pretendesse embasar o debate sobre a profissionalização dos agentes indígenas de saúde- AIS (ONU, 2007).

De acordo com essa política, os AIS devem ser visto como o elo entre os membros da comunidade, seus saberes tradicionais e a equipe de saúde. Estabelecimento que deverá prestar atenção básica de saúde à população indígena por meio de Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), bem como servir de referência aos AIS e AISAN que atuam na UA nas aldeias (Brasil, 2006).

Os AIS é um interlocutor entre a medicina tradicional indígena e a medicina ocidental. Sua formação deve ser baseada no diálogo intercultural, respeitando e considerando os pajés ou curadores tradicionais. Sua formação deve considerar a visão de mundo e os conceitos do processo saúde-doença, o adoecer e o cuidar/curar, característicos de cada cultura, estabelecendo uma relação de complementariedade a favor da saúde e bem-estar da população. (Brasil, 2006.)

A formação dos AIS ocorre em serviço e de forma continuada, inserida no processo de trabalho estruturado nas aldeias pela equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI). O processo está elaborado dentro dos marcos preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (Lei nº 9394/96), no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio e superior (MORAIS, 2004, p. 9).

Atribuições do AIS:

- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- Acompanhamento das gestantes;
- Identificação dos casos suspeitos de doenças mais frequentes (infecção respiratória, diarreia, malária);
- Apoio à EMSI responsável pela sua área de atuação;
- Acompanhar e supervisionar tratamentos de longa duração (pacientes crônicos)
- Acompanhamento de imunização;
- Ações de educação em saúde e ambiental (promoção e prevenção de doenças de maior prevalência);
- Atendimento aos primeiros socorros;

- Ações de comunicação;
- Primeiros socorros.

A atenção à saúde envolve também ações de saneamento básico e ambiental que contemplam sistemas de abastecimento de água simplificados, sistemas de esgotamento sanitário e melhorias sanitárias domiciliares, de acordo com a necessidade local. Além da implantação dessas ações, a Funasa é responsável por promover sua operação e manutenção, conforme Portaria n.º 479, de 13/8/2001.

O processo de trabalho estruturado nas aldeias constitui a base da organização da rede de serviços. Cada aldeia conta com a atuação do AIS e do AISAN, cujas atividades estão vinculadas a um posto de saúde ou a uma unidade de apoio e, no caso dos AISANs, também às estruturas e serviços de saneamento (COIMBRA, 2005).

Neste aspecto de acordo com a autora, as ações de saneamento desenvolvidas no DSEI têm como base critérios epidemiológicos, visando levar às áreas indígenas os serviços de água, esgotamento sanitário, coleta, remoção e destino final dos dejetos. Atribuições do AISAN:

- Reconhecer as doenças relacionadas com a água, dejetos e lixo, e promover melhorias nas condições de saneamento;
- Promover e orientar a execução de sistemas alternativos para abastecimento de água, destino de dejetos, melhoria habitacional e controle de vetores e roedores de acordo com a realidade de sua comunidade;
- Auxiliar e supervisionar na operação dos sistemas de abastecimento de água e outros projetos de saneamento implantados na sua área de atuação, bem como a manutenção preventiva e corretiva dos mesmos;
- Análise de cloro residual e pH da água para consumo humano das aldeias;
- Participação na manutenção dos sistemas de esgotamento sanitário e /ou orientar a execução e a manutenção dos módulos sanitários individuais;
- Proposição de solução e participação na implantação das propostas de destinação adequada dos resíduos sólidos das aldeias;
- Orientação à comunidade para a utilização adequada dos serviços de saneamento e para a conservação dos equipamentos implantados;
- Ações de educação em saúde e ambiental;

Ressalta-se ainda que além das unidades de apoio e postos de saúde, as comunidades indígenas deverão contar com outra instância de atendimento de saúde, os Polos-base, constituindo a primeira referência para os AIS e EMSI que atuam nas aldeias. Podem ser localizadas numa comunidade indígena ou num município de referência. As demandas que não são resolvidas nos Pólos-base deverão ser referenciadas para a rede de serviços do SUS mais próxima. Nesses casos deverão contar com uma estrutura de apoio em condições acolhimento para, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação de acordo com cada situação.

Essas experiências consolidaram a figura do Agente Indígena de Saúde, instituindo-o como um membro da comunidade responsável por desenvolver ações de saúde. À época, os AIS atuavam como voluntários, sendo indicados por suas comunidades para exercer tais tarefas (LANGDON, 2006).

Neste aspecto, é importante a participação das organizações indígenas, dos conselhos distritais na construção de políticas, bem como a capacitação de profissionais de saúde e formação de agentes indígenas de saúde para atenderem as demandas pré-estabelecidas pelos distritos sanitários indígenas, a fim de ficarem aptos para desenvolver as ações com qualidade, eficácia e eficiência dentro da realidade cultural dos povos indígenas.

O Ministério da Saúde expõe através daquela portaria mudanças no sistema de saúde dos povos indígenas, inferindo que o planejamento, a coordenação das ações e sua execução serão de responsabilidades da FUNASA e quanto ao controle dessas responsabilidades caberá aos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi), Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS) a efetiva participação. (GUIMARÃES, 2010, p.28)

Atenção Integral à Saúde Indígena é um conjunto de processos referentes à assistência à saúde prestada aos povos indígenas no âmbito da atenção primária, prioritariamente aos que habitam nas terras indígenas. Ao mesmo tempo, observa-se que o acesso da população indígena aos serviços do SUS de média e alta complexidade ainda se encontra em estruturação e enfrenta importantes barreiras em algumas regiões. A participação formal da saúde indígena nas instâncias

regionais e estaduais de pactuação e gestão das ações de atenção à saúde estão sendo estruturada e enfrenta desafios complexos(Relatório de gestão do exercício de 2013, p.17).

Em 2013 foram desenvolvidas as ações de saúde da mulher e da criança, cujos focos de atuação se concentraram na redução da mortalidade materna e infantil e na qualificação da atenção ao parto, pré-natal, puerpério e das crianças de até 07 anos por meio da inserção da saúde indígena na Rede Cegonha, no apoio a implementação da vigilância do óbito nos DSEI e na oferta de formação em atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) para os profissionais de saúde dos DSEI (Relatório de gestão do exercício de 2013, p.17).

Também foram realizadas iniciativas no campo da imunização tendo a vacinação como uma das ações mais importantes da atenção primária à saúde, pois possui impacto no nível individual e coletivo, contribuindo significativamente para a redução da mortalidade infantil. Por isso, considerando as especificidades desses povos, o calendário básico de vacinação disponibilizado pelo Programa Nacional de Imunizações foi modificado, ampliando não apenas a quantidade de vacinas ofertadas (atualmente 14), mas também as faixas etárias de aplicação de algumas dessas vacinas (Hepatite B, Varicela, Influenza e Pneumocócica 23-valente), tendo sido atualizado em 19 de julho de 2013, por meio da Portaria Ministerial nº 1.498/2013 (Relatório de gestão do exercício de 2013, p. 17).

Além das ações de vigilância alimentar e nutricionais nos DSEI, em processo de educação permanente, de forma integrada com as práticas de saúde tradicionais. Tem como principal ação o apoio ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN Indígena no âmbito dos DSEI, bem como a participação nos programas de suplementação de vitamina A, de suplementação de ferro, no combate à desnutrição infantil, na estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Destacam-se também as ações de promoção da melhoria da saúde bucal realizadas em aldeias indígenas com o foco no controle de infecção intrabucal, na ação integrada com as outras áreas da saúde, na utilização de outros espaços sociais para a realização de ações de promoção e prevenção da saúde, na utilização da epidemiologia como instrumento

organizador da assistência, e na mudança do enfoque assistencialista para o preventivo e coletivo.

Assim, grande parte dos esforços nessa área se deve a implantação e ampliação do programa Brasil Sorridente Indígena. As ações de controle das doenças transmissíveis prioritárias (DST/HIV/HV; TB; Malária e doenças em eliminação), mediante a realização de oficinas, de manejos clínicos de hepatites virais, de controle intensificado da Tuberculose e da aquisição de insumos e equipamentos para controle vetorial (Relatório de gestão do exercício de 2013, p. 18).

Entretanto, é sob uma perspectiva positiva que as equipes de saúde vêm desenvolvendo, mesmo com imensas dificuldades, em um enorme esforço, buscam uma sistematização dos saberes e práticas, adaptados para a área de abrangência e para o modelo de atenção vigente. Mas não somente de dificuldades se constrói a atenção, mas de inovações que se revelam, através de “transformações concretas da prática médico-sanitária” (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008, p. 646).

As ações de atenção básica de saúde serão realizadas em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde. A Rede de Atenção Básica será composta e desenvolvidas pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, localizadas no município de Jacareacanga. A referência para atenção de média complexidade será garantida pela rede do SUS, em articulação com Municípios e Estado (FUNASA, 2003).

2.4.1 Etnias atendidas pelo DSEI

Os Apiaká constituíam um povo guerreiro e muito temido na bacia do Tapajós. Quando habitavam o médio e baixo curso do rio Arinos e médio e alto curso do rio Juruena, no início do século XIX, tiveram como vizinhos os Bakairí e Tapayúna, no Arinos, e os Bororo, Oropia, Cauairas e Sitikawa (os últimos três hoje extintos) no alto Juruena. Durante o século XIX diversos viajantes utilizaram a rota Arinos–Juruena–Tapajós, que ligava os centros de Cuiabá e Belém. Esses viajantes

desenvolveram relações pacíficas com os Apiaká, trocando produtos e empregando-os como guias e remadores em algumas de suas viagens (GUIMARÃES, 1965).

Os Kayapo vivem em aldeias dispersas ao longo do curso superior dos rios Iriri, Bacajá, Fresco e de outros afluentes do caudaloso rio Xingu, desenhando no Brasil Central um território quase tão grande quanto a Áustria. É praticamente recoberto pela floresta equatorial, com exceção da porção oriental, preenchida por algumas áreas de cerrado (SPDM, 2015).

Os Munduruku estão situados em regiões e territórios diferentes nos estados do Pará (sudoeste, calha e afluentes do rio Tapajós, nos municípios de Santarém, Itaituba, Jacareacanga), Amazonas (leste, rio Canumã, município de Nova Olinda; e próximo à Transamazônica, município de Borba), Mato Grosso (Norte, região do rio dos Peixes, município e Juara). Habitam geralmente regiões de florestas, às margens de rios navegáveis, sendo que as aldeias tradicionais da região de origem ficam nos chamados “campos do Tapajós” classificados entre as ocorrências de savana no interior da floresta amazônica. A população Munduruku concentra-se majoritariamente na Terra Indígena de mesmo nome, com a maioria das aldeias localizadas no rio Cururu, afluente do Tapajós. Dados mais recentes sobre sua distribuição populacional e a situação das terras podem ser encontrados ao lado em "Terras habitadas" (RAMOS, 2003).

3 METODOLOGIA

3.1 ABORDAGEM DO TRABALHO

Este estudo apoia-se em uma pesquisa bibliográfica que possibilita uma melhor compreensão da problemática, uma vez que fez necessário consultas em livros, artigos a fim de fundamentar o tema em discussão. Será utilizada a pesquisa exploratória, posto que sua finalidade é ampliar os conhecimentos do tema estudado. Sendo caracterizada como pesquisa descritiva com abordagem qualitativa e de campo. Ambas permitem aproximações com o fenômeno estudado, possibilitando uma compreensão contextualizada da problemática.

A pesquisa bibliográfica é aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, tais como: livros, artigos, teses, etc. Utiliza-se de dados ou de categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir das contribuições dos autores dos estudos (SEVERINO, 2007).

A pesquisa descritiva preocupa-se em identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos, ou seja, este tipo de pesquisa descreve determinado fenômeno através dos resultados oferecidos (GIL, 2007).

Foi realizada ainda uma pesquisa de campo por meio da utilização de entrevistas estruturadas. A pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procure uma resposta, descobrir novos fenômenos ou relações entre elas (ANDRADE, 2005).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado no DSEI Rio Tapajós, vinculado à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Nas aldeias Sai Cinza e Piquiarana, ambas localizadas no Município de Jacareacanga.

3.3 DELIMITAÇÕES TEMPORAIS

A revisão da literatura deu-se no período de agosto de 2015 a junho de 2016, com a finalidade de se buscar materiais atualizados para maior enriquecimento do Projeto de Pesquisa. O Projeto foi entregue à Coordenação do Curso de Enfermagem, que, ao parecer favorável emitiu pedido de autorização para pesquisa de campo (ANEXO I). Tal pedido foi encaminhado ao DSEI-Tapajós, para o qual a pesquisadora obteve uma Autorização para pesquisa de campo (ANEXO II).

A pesquisa de campo, através de questionário aberto (ANEXO III) com 5 perguntas ocorreu nos meses de abril e maio de 2016, em horários diversos, diante da disponibilidade dos participantes. O tratamento dos dados do quadro, foi realizado no mês de junho de 2016, bem como a confecção de tabelas com os resultados obtidos. Terminado o processo de elaboração da parte escrita da monografia, a mesma foi revisada e impressa, de acordo com o manual de normatização da FAI, no mês de julho de 2016.

3.4 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA E APROXIMAÇÃO

Para melhor organização deste trabalho de pesquisa, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas, com a coordenadora do DSEI Tapajós, com o chefe do DIASI, Presidente do CONDISI (Conselho Distrital da Saúde Indígena) 2 usuários Indígenas e 6 profissionais de saúde que fazem parte da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena.

3.5 REGISTROS E TRATAMENTOS DOS DADOS

Após o registro fiel das respostas, a pesquisadora recolheu todos os questionários de entrevista, e o dividiu por questões. Cada questão foi submetida a transcrição das respostas, e os seus resultados. Em seguida, foi analisado criteriosamente cada uma das questões e definido que de maneira seriam demonstradas no decorrer da discussão, ficando então os resultados apresentados em quadros, e acompanhados de texto explicativo logo abaixo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Em conformidade com a Resolução 196/96, que trata da pesquisa com seres humanos direta ou indiretamente, em partes ou em sua totalidade. Quanto aos participantes, foram esclarecidos sobre a pesquisa ficando livres para recusarem-se a participar, retirarem seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação foi voluntária e a recusa em participar não acarretou qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Quanto à identidade das participantes, foi mantido total e absoluto sigilo. Seus nomes ou as informações que indiquem as suas participações não foram nem serão liberados sem permissão. Sendo garantido que não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. A participação no estudo não acarretou custos ou gerou qualquer tipo de compensação financeira adicional.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O DSEI Rio Tapajós trabalha com uma população de 10.277 indígenas de 06 etnias (Munduruku, Kaiaby, Kayapó, Apiaká, Avacanoeiro e Tembé), distribuídos em 11 polos-base, compostos por EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena em área e sede (SADECK, 2013).

Para abranger de forma ampla as ações em saúde realizadas pelo DSEI RT, é importante descrever os discursos a seguir, que são resultados da junção das respostas dos participantes, cuidadosamente unidas de maneira a não corromper as informações nelas contidas.

4.1 RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES

4.1.1 Palavra da Gestora do DSEI RT

Tabela 1 – Perguntas aplicadas a Coordenadora do DSEI RIO TAPAJÓS

1- Quais os principais desafios que você vivencia no serviço de atendimento a saúde dos povos indígenas.
2- Que tipo de apoio o DSEI recebe da SESAI para desenvolver as ações nas aldeias

3- Quais avanços foram implementados em sua gestão?
4- Quais as dificuldades são enfrentadas para desenvolver as ações do DSEI?
5- Quais ações são realizadas conjuntamente com a gestão, o controle social e o DIASE, afim de melhorar a assistência a saúde dos povos indígenas?

- 1- *Dificuldades de melhorias no saneamento, habitação inadequada, violência contra as mulheres indígenas, recusa dos tratamentos de média e alta complexidade, recusa ao pré-natal, abuso de drogas, álcool, falta de médicos, falta de entendimentos dos gestores municipais e estaduais, desconhecimento da causa indígena;*
- 2- *Nesta pergunta gostaria de informar que todas as ações no ambiente das aldeias e de responsabilidade do DSEI Rio Tapajós, pois a missão da SESAI é implementar o modelo de gestão e de atenção no âmbito do sistema articulado c/o SUS, descentralizando autonomia administrativa e financeira aos 34 distritos;*
- 3- *Construções, aquisições de equipamentos, cadastramentos dos estabelecimentos de saúde, pactuação da linha dos médicos do programa mais médicos, contratação de hora voou, contratação de serviços para manutenção dos veículos e motores fluviais etc; Aquisição de equipamentos, aquisição de beliches aos profissionais, construção da sede do pólo base na aldeia missão cururu, restinga, Kato, karapanatuba, teles pires. Construção de melhorias sanitárias na aldeia praia do índio, laranjal, mangue e aquisição de cadeiras de rodas. Reforma e ampliação dos sistemas de abastecimento de água na aldeia Katõ, restinga, missão cururu. Locação de sede do distrito, casai em Santarém, implantação de um laboratório para análise de água em Jacareacanga, implantação de uma unidade de saúde na aldeia missão velha, bereba, são João caracol cururu, prainha e waritodi. Aquisição de transportes fluviais e terrestre etc.*
- 4- *Logística, permanência dos profissionais, pois a maioria passa apenas um ano ou dois falta de conhecimento dos gestores municipais, resistência dos pacientes aos TTO de média e alta e barreiras linguísticas;*
- 5- *Todas as ações do DSEI são realizadas com o conhecimento do controle social e sem falar na prestação de contas que é apresentada aos membros em reuniões ordinários.*

Verifica-se e pela fala da Coordenadora do DSEI RT, que há muitas dificuldades na realização da assistência no dia-a-dia, principalmente relacionadas a questões culturais, pois os indígenas recusam-se a abrir mão de seus conhecimentos empíricos e acreditam que ao aceitar as condutas dos não índios estão abandonando suas crenças, sendo difícil convencê-los a participar dos programas oferecidos como o pré-natal por exemplo. Apesar das dificuldades, a participante elenca muitos avanços ocorridos nos últimos anos, sempre com a concordância o Controle Social.

Os DSEI's estão sob a competência da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), e foram demarcados utilizando-se parâmetros geoepidemiológicos e etnográficos. Cada DSEI possui um grupo de equipamentos

que favorece a assistência nas ocorrências simples, sendo que os casos de alta complexidade ficam sob a responsabilidade dos hospitais regionais, requerendo todo um processo para remoção dos pacientes (BRASIL, 2006).

4.1.2 Palavra do Chefe do DIASI

Tabela 2 – Perguntas aplicadas ao Chefe do DIASI

1- Quais as dificuldades são enfrentadas pelo DIASI?
2- Qual apoio o DIASI oferece à equipe multidisciplinar que atua nas aldeias?
3- Há alguma rejeição por parte dos usuários no desenvolvimento das ações de saúde realizadas nas comunidades indígenas?
4- Que tipo de apoio a equipe multidisciplinar recebe da gestão do DSEI e do CONDISI?
5- Quais conquistas e desafios tem sido enfrentados no alcance dos resultados de melhoria à saúde indígena?
<i>1. Controlar o fluxo regulatório dos usuários das aldeias para as CASAI; Compreensão das necessidades indígenas por questão de barreira; Atingir metas estipuladas pelo Plano distrital em virtude das dificuldades, geográficas, logísticas e grupo étnico; Fixação das equipes em área, devido a constantes rotatividades.</i> <i>2. Orientação permanente as equipes de saúde em relação as norma e rotinas dos programas de saúde preconizadas pelo ministério da saúde; Monitorar e avaliar as ações de saúde das equipes multidisciplinares; Articular e executar as ações de assistência farmacêuticas, vigilância sanitária, vigilância nutricional, epidemiológica e controle de doenças; Orientar e acompanhar as ações de referências e contra referências da atenção integral de saúde indígena; Gerenciar os processos de coleta, registro e processamento de dados e análise de informações de saúde; Orientar as equipes para fortalecer a medicina tradicional em saúde indígena, respeitando o contexto intercultural; Identificar as necessidades de qualificação das equipes de saúde através da educação em saúde continuada; Articular com a rede referencia de ações de Assistência Social, bem como acompanhar o agendamento e a realização de consultas, exames e internações.</i> <i>3. Não. As atividades propostas pelo subsistema de saúde indígena têm sido aceitas a contento.</i> <i>4. Aquisição dos equipamentos médicos hospitalar, insumo, transporte logístico tem sido oferecido pela gestão, além das capacitações reuniões de</i>

avaliações tem sido marca administrativa que fortalece as equipes em áreas e na sede do DSEI.

5. *Adesão o DSEI ao Programa mais médico; Redução da malária; Redução da mortalidade infantil; Investigação do óbito infantil; alimentação do sistema de mortalidade- SIM; Alimentação do sistema de nascido vivo- SINASC; Adesão ao programa da rede Cegonha e Realização de teste em rápidos em área para HIV, Sífilis, HEP B e C.*

De acordo com o Chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena – DIASI, verifica-se que a atuação do DIASI se concentra mais no âmbito da gerencia, oferecendo suporte ao DSEI, as CASAI's, e aos Polos Bases. Informa que os serviços ofertados têm sido bem aceitos pelos usuários. Ressalta-se ainda as dificuldades em atingir as metas, se dar devido à logística e por parte da região geográfica que tem sido muito difícil para realizações dos trabalhos. Relata que houve muitos avanços, de acordo com as decisões propostas do plano distrital. Ações desenvolvidas se por intermédio da adesão do DSEI aos programas estratégicos do Ministério da saúde com integração do Sistema Único de Saúde.

De acordo com Brasil (2006), os 34 DSEI's, são responsáveis pela direção do processo de trabalho Execução das Ações do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SASISUS, criados pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, tratando-se de uma forma de disposição de serviços, direcionado a um ambiente etnocultural, populacional e administrativo bem demarcado, contemplando um grupo de ações, buscando atingir uma assistência de qualidade, através da promoção da reorganização da rede de saúde e das práticas sanitárias, promovendo também ações de gerenciamento e controle social.

4.1.3 Palavra do presidente do CONDISI

Tabela 3 – Perguntas aplicadas ao Residente do CONDISI

1- Como você avalia as ações de controle social à saúde indígena do DSEI Rio Tapajós no Município de Itaituba?
2- Como você vê as ações desenvolvidas pelo DSEI Rio Tapajós nas comunidades indígenas?
3- Qual é a participação do controle social junto a gestão do DSEI?
4- Qual é o papel do representante do CONDISI dentro do DSEI?

5- De que forma o controle colabora na melhoria da qualidade da saúde indígena?

- 1- Apesar da pouca atuação do controle social do DSEI-RT no Município de Itaituba, encontra-se estável em relação ao preconceito nos hospitais, nos atendimentos, e a maior parte das instituições tem sido parceiras do controle social nas capacitações e reuniões multiplicando e trocando conhecimentos.*
- 2- Somente a partir de 2013 quando começou a gestão da coordenadora Cleidiane carvalho que as ações começaram a desenvolver e isso porque esta coordenadora assumiu compromisso com esses povos indígenas, por isso que muitos avanços estão sendo realizados como: edificações, recursos humanos, hora voo, saneamento, comunicação, transportes, aquisição de materiais médicos e hospitalares.*
- 3- O controle Social tem uma participação efetiva junto à gestão, nas aprovações do Plano Distrital, acompanhamento das ações em reuniões etc.*
- 4- Tem um papel de acompanhar, fiscalizar as ações do controle social no âmbito da instituição representar o CONDISI em audiências, reuniões interna e externa.*
- 5- O controle social da saúde tem um papel muito importante aos povos indígenas, e de contribuir nas consultas, elaboração e aprovação do Plano Distrital de saúde indígena, fazendo que assim as instituições tenham foco direto e trabalhe de acordo com a realidade dos povos indígenas.*

As questões feitas ao Presidente do CONDISI foram voltadas a questão administrativa, analíticas das ações realizadas pelo DSEI RT, as quais o participante relatou uma melhora no atendimento prestado principalmente nos hospitais da rede pública, e atribui os avanços a Coordenação atual do Distrito Sanitário Especial Indígena, pois a partir de sua atuação no ano de 2013, houve muitos avanços. Ressalta-se ainda a participação do controle social dentro do DSEI, tem o papel de grande importância de acompanhar e fiscalizar as ações desenvolvidas pela instituição, com ênfase arealidades da população indígena.

Diante disso é importante ressaltar, que o DSEI em conjunto com o controle social, levantam definições importantes para a busca da melhoria da assistência e atenção à saúde indígena. O controle social se efetiva a partir dos Conselhos Indígenas de Saúde (CONDISI), garantindo a participação dos índios na gestão dos DSEI's (BRASIL, 2007).

4.1.4 Palavra dos usuários Indígenas

Tabela 4 – Pergunta aplicadas aos usuários indígenas

1- De forma você avalia as ações desenvolvidas pelo DSEI Rio Tapajós nas comunidades indígenas?
2- Quais foram os benefícios das ações desempenhadas pela equipe multidisciplinar dentro da aldeia?
3- O que você gostaria que melhorasse nas ações realizadas pelo DSEI Rio Tapajós?
4- Na sua opinião o DSEI Rio tapajós atende as expectativas das comunidades indígenas na questão da saúde?
5- Apresente algumas sugestões que ajudarão a melhorar o atendimento à saúde indígena?

4.1.4.1 Usuário 1 (U1)

- 1- *Eu avalio de forma bem satisfatória, onde nos últimos 3 anos avançamos bastante, eu avalio que o próprio Polo Base não tem acompanhado esse avanço e que acaba de alguma forma prejudicando o trabalho.*
- 2- *Os benefícios foram às reduções dos números de doenças nas aldeias, também as palestras realizadas pela equipe sobre conscientização, sobre a importância do PCCU, pré-natal, higiene pessoal e outros.*
- 3- *Que tenha mais participação das lideranças, dentro dos planejamento e execução das ações realizadas, disponibilizar matérias como data Show e outros para realizar palestras educativas.*
- 4- *Em parte, sim, eu diria que 75% atende sim.*
- 5- *Realizar encontro no final de cada ano, para que seja feito elogios, onde lideranças indígenas fariam seus agradecimentos; que seja disponibilizado mais matérias educativos escritos na língua Munduruku e com desenhos indígenas; que seja realizado encontro de valorização da alimentação tradicional, parto tradicional e remédio tradicional.*

4.1.4.1 Usuário 2 (U2)

- 1- *Através de reunião da saúde, do conselho que acompanha as ações, materiais estão sendo transparente.*
- 2- *Programas PCCU, do idoso, palestra educação em saúde, CD- Crescimento e desenvolvimento, pré-natal, hipertensão e diabete.*

- 3- *Estrutura dos polos com equipamento necessário para odontologia, nutricionista, assistência social com mais frequências nas aldeias e condições para equipes EMSL.*
- 4- *Hoje a saúde no atendimento na atenção básica está melhor está conseguindo atingir as metas dos programas nas aldeias.*
- 5- *Condições para equipes que estão na base, ou seja, na ponta com transportes, medicações e dando suporte no primeiro socorro; não demorar muito o deslocamento dos voos para atender as emergências nas aldeias para retiradas dos pacientes; comunicação das equipes com a comunidades.*

Ambos os usuários participantes, afirmam que as ações desenvolvidas pelo DSEI são satisfatórias que suas queixas se concentram na ausência de uma estrutura mais avançada na assistência dada a essa população por intermédio dos municípios.

Para Brasil (2006), são competências dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI: planejamento, coordenação, supervisão, monitorização, avaliação e execução das ações do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS, em suas áreas de desempenho; realizar ações de cumprimento orçamentar, financeiro e contábil relativas aos créditos sob a administração específica de cada DSEI.

E todos esses requisitos são importantes para a transformação e construção de uma saúde adequada, que depende muito da vontade e sensibilização dos trabalhadores envolvidos nesse processo (ARAUJO, 2008).

4.1.5 Palavra da Equipe Multidisciplinar

Tabela 5- Perguntas feitas a equipe multidisciplinar

1-	Qual sua opinião as ações executadas nas comunidades indígenas pela equipe multidisciplinar de saúde?
2-	Quais dificuldades são encontradas na execução das ações na prevenção e promoção à saúde dos índios Munduruku?
3-	Quais é o suporte necessário para a equipe multidisciplinar desenvolver com eficiência as ações pré-estabelecidas pelo DSEI Rio Tapajós nas comunidades indígenas?
4-	Que apoio é ofertado pela instituição para o desempenho das ações de assistência à saúde com qualidade para os povos Munduruku?
5-	Como você se sente em desenvolver ações para os povos indígenas?

4.1.5.1 Profissional 1 (P1)

- 1- Todas as ações são de grande importância, pois a prevenção é a única forma de melhorar o trabalho.*
- 2- A falta de entendimento dos próprios índios*
- 3- Deslocamento fluvial, aéreo e terrestre, são suporte necessário para um bom trabalho.*
- 4- Todo o apoio possível com as equipes.*
- 5- Sinto-me uma profissional realizada com a troca de conhecimento sobre as culturas.*

4.1.5.2 Profissional 2 (P2)

- 1- Nas aldeias as atividades desenvolvidas pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena, assumem a função de atenção básica com ajuda de atividades lúdicas tem o poder de influir na forma dos indígenas perceberem o processo de adoecimento.*
- 2- Uns dos principais fatores que dificultam os atendimentos temos a questão geográficas (áreas de difícil acesso)*
- 3- Logística, meios de comunicação, equipamento, espaço adequada para realizar os atendimentos, insumos entre outros.*
- 4- O DSEI-RT, aos profissionais todos instrumentos acima relatados.*
- 5- Tenho grande satisfação em desempenhar minhas atividades profissionais na área indígenas, me sinto feliz e realizada como profissional e sempre que identificamos e executamos ações pontuais percebemos por meio das análises estatísticas o resultado das intervenções em saúde, bem como, a melhora nos quadros de adoecimento.*

4.1.5.3 Profissional 3 (P3)

- 1- As execuções são realizadas de forma que o cliente se sinta acolhido, com nossos atendimentos. Realizamos os atendimentos com muita atenção e dedicação.*
- 2- A única dificuldade que se encontra é a coleta do PCCU. É na execução de alguns Imunológicos “vacina”*
- 3- Os suportes são, embarcações fluviais para visitar as comunidades, para retirada de profissionais.*
- 4- Primeiramente, medicação, deslocamento de pacientes em aeronaves.*
- 5- Como profissional me sinto realizada.*

4.1.5.4 Profissional 4 (P4)

- 1- *Quanto membro desta referida equipe tentamos fazer as ações, levar em consideração em respeito as culturas dos povos indígenas.*
- 2- *A logística e o difícil acesso.*
- 3- *Garanti do transporte para colocar os profissionais e os equipamentos para realizar o atendimento na atenção primária.*
- 4- *Transporte, medicamentos e garantia o para o deslocamento.*
- 5- *Me sinto feliz poder compartilhar, o que aprendi com os povos diferentes e ao mesmo tempo tão próximo das nossas realidades e é gratificante cuidar dos guardiões da floresta.*

4.1.5.5 Profissional 5 (P5)

- 1- *De suma importância, considerando a dificuldade logística de obter tratamento fora da aldeia, e uma atenção à saúde que apesar de ser básica, faz toda a diferença quando executada.*
- 2- *Dificuldade logística, atendimento que foge a atenção básica, a inter-relação cultural, respeitando os saberes estratégia da a partir de um levantamento epidemiológica, grande rotatividade de profissionais.*
- 3- *Execução do Plano Distrital Saúde indígena através de estratégias e ações; realização de busca ativa junto à população.*
- 4- *Recursos Humanos; estratégia e ações; insumos e materiais; capacitações; monitoramentos e reuniões de conselhos.*
- 5- *Praticamente, a saúde indígena é um grande centro de conhecimento do qual nos envolvemos, e poder se doar para uma população diferenciada como esta, acabamos cada vez mais nos relacionando e querendo se dar mais e mais.*

4.1.5.6 Profissional 6 (P6)

- 1- *A ação é de grande importância no auxílio as prevenções das doenças e agravos.*
- 2- *Não, se classifica como dificuldades e sim a falta de interesse quando a valorização da educação em saúde pela comunidade em sua minoria.*
- 3- *Existe o suporte necessário, do qual a equipe consegue realizar com êxito as atividades.*
- 4- *Todo o apoio através de planejamento permanente é atendido pelo DSEI-RT.*
- 5- *Sinto-me motivada, realizando sempre com êxito as atividades programadas nas comunidades indígenas.*

Em relação à importância das ações realizadas pelo DSEI RT, todos os profissionais afirmam que são essenciais, pois através delas os indígenas recebem atendimentos nos lugares mais remotos, no entanto as dificuldades de logística e transporte para esses lugares abacá dificultada a realização de mais ações, pois são lugares de difícil acesso. Os profissionais afirmam que todo o apoio necessário é

ofertado pelo DSEI RT para a realização das ações, que as dificuldades são em virtude da situação geográfica do território de abrangência. Mesmo com as dificuldades enfrentadas, toda a equipe afirma sentir-se motivada e satisfeita com a função que exerce, e com os atendimentos prestados.

A área territorial indígena está ligada às questões de saúde: a população que vive em áreas grandes e contínuas tem mais oportunidades de ter maiores e melhores condições de prover a garantia nutricional do seu grupo e melhores condições de saneamento (SHANKLAND, 2009).

Na visão dos trabalhadores de saúde, a qualidade é relatada de maneira similar quando inferem que é qualidade de vida, responsabilização do trabalho, respeito ao cliente e deve ser buscada para se oferecer a “excelência na atenção”, dando oportunidade de escolha aos sujeitos, sem violentar seus direitos e suas garantias (ARAUJO, 2008).

É através da atuação e intervenção dos trabalhadores de saúde que é possível e de fundamental importância a mudança do processo de trabalho, tornando esse efetivo, eficiente e humanizado (ARAUJO, 2008).

Entretanto diante das dificuldades apresentadas e vivenciadas pelo índio é primordial que se adotem medidas que favoreçam a melhoria do desempenho e adaptação da competência do Sistema de Saúde Indígena no Brasil, tornando viável o emprego dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação e controle social. Para que esses princípios possam ser executados, é indispensável que a assistência à saúde leve em consideração as particularidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos (FUNASA, 2003).

5 CONCLUSÃO

O SUS é um sistema público de oferta de serviços de saúde para a sociedade brasileira, compreendendo ações desenvolvidas a nível federal, estadual e municipal, voltadas a indivíduos e grupos. Um dos principais atributos do Sistema Único de Saúde que interfere negativamente na saúde da população indígena é a predisposição em dar prioridade às atividades em saúde direcionadas à área urbana. Assim, é imprescindível que se crie estratégias para vencer essas barreiras.

O principal objetivo deste estudo foi analisar as ações de assistência à saúde desenvolvida pelo Distrito Sanitário Especial Indígena- DSEI Rio Tapajós nas comunidades indígenas dessa região, e de acordo com os resultados apresentados pode-se verificar que as ações são realizadas em conformidade com o que preconizado pelo Subsistema de Saúde Indígena, no entanto os gestores e equipe multidisciplinar relatam ter dificuldades relacionadas à comunicação, pois além da barreira enfrentada com a linguagem, os aspectos culturais e religiosos atrapalham bastante na aceitação das condutas a serem adotadas em determinadas situações.

Os usuários indígenas afirmam que o serviço que é ofertado a eles é satisfatório, e direcionam suas queixas à falta de equipamentos e aparelhos para a realização de exames sem a necessidade de se deslocarem a grandes distâncias. Aparentemente não veem a questão cultural como um desafio a ser vencido, bem diferente do que foi apurado junto aos gestores e equipe multidisciplinar.

Conclui-se então que o desafio para a realização dos trabalhos de assistência à saúde indígena atravessa questões culturais, geográficas, logística e de investimento, assim o profissional de enfermagem precisa estar preparado para vencer essas barreiras no intuito de garantir uma prestação de serviço com maior qualidade. Desta forma acredita-se que a relevância deste estudo está demonstrada pela necessidade de se conhecer melhor a realidade da população indígena, levando em consideração todos os seus aspectos inclusive e localização, por ter sido configurado como o maior desafio enfrentado por todos os participantes deste estudo.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico: elaboração de trabalhos na graduação**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

ATHIAS, R.; MACHADO, M. **A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, ed.17 v.2 p. 425-431, mar-abr, 2001.

AZEVEDO, M.M. **Censos demográficos e os “índios”**: Dificuldades para reconhecer e contar. In: RICARDO, C.A. (Org.). Povos indígenas no Brasil 1996/2000. São Paulo: Instituto Socioambiental, pp. 79-83, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, Funasa; 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1998**. 2ª Edição revisada e ampliada Barueri, SP: Manole, 2005.

CARVALHO, C.e A.P. et al. **Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde**. Arquivo de Ciência da Saúde, São José do Rio Preto.v. 15, n. 2, p. 93-95, abr/ jun. 2008.

CASTANHEIRA, E. R. et al. Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.18, supl.2, p. 84-88, 2009.

CHAVES, M. de B. G.; CARDOSO, A. M.; ALMEIDA C.**Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis**, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n.2, p. 295-305, fev. 2006.

CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. **Modelo de Atenção**. São Paulo, 2009. Disponível em:<http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/vigModSsi_ModAtencao_v5f2.pd>Acesso em: 18 jan. 2010.

COIMBRA, Daniela. **Relatórios sobre Programa de formação de AISAN**. COSAN/DENSP/ FUNASA, 2005.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C.M. (orgs.) Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 39-53, 2003.

DIEHL, E.E.**Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28 v.5 p. 819-831, maio, 2012.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE INDÍGENA - DESAI. **A Formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas FUNASA - MS, Brasil - 1999 a 2006.**

DESLANDES S. F. et al. **Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v. 11(Sup), p.1279-1290, 2007.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. **O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília. v. 59, n. 1, p. 84-88, jan/fev. 2006.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. **Participação social.** In: GIOVANELLA, L. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, p. 979-1010, 2008.

FEUERWERKER L. C. M., MERHY E. E. **A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas.** *Revista Panamericana de Salud Publica*. Washington. v.24, n.3, p.180–188, set. 2008.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FROTA, JossehanGalúcio da (org); SANTOS, Aline Soares dos; ALMEIDA, Djalмира de Sá; SILVA, Francisco Claudio Sousa e; LEITE, Vitor Hugo Jara. **Guia de normatização para trabalhos acadêmicos da Faculdade de Itaituba.** Itaituba (PA): FAI, 2016.

FUNASA. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Brasília, dez de 2000.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório Morbimortalidade 2002.** Brasília: DF, 2003.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena / Fundação Nacional de Saúde. – Brasília- DF, Funasa, 2009.

_____. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Atenção básica e especializada aos povos indígenas: regulamentação dos incentivos.** Brasília, DF. 2007.

GARNELO, L.; SAMPAIO, S. Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de fazer ver e fazer crer nas políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1217-1223, abr. 2005.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. **Os povos indígenas e a construção das políticas públicas no Brasil.** Brasília: Ed. OPAS, 2003, 120 p.

GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Org.) **Saúde Indígena: uma introdução ao tema** – Brasília-DF:MEC-SECADI,2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUIMARÃES, Viviane Lima Bastos. **Qualidade da Atenção à Saúde Indígena no Brasil**. 2010. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

GUIMARÃES, José da Silva. **Memória sobre os usos, costumes e linguagem dos Appiacás, e descobrimento de novas minas na Província de Mato Grosso**. Rev. do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro, Rio de Janeiro: IHGB, n. 6, p. 305-25, 1865. Disponível em <https://pib.socioambiental.org/files/file/PIB_verbetes/apiaka/Verbete_Apiaka_1999.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2016.

LANGDON EJ; Diehl EE; Wiik FB; Dias-Scopel R. **A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina**, Brasil. Cad Saúde Pública 2006.

LIMA, A.C.S. e BARROSO-HOFFMAN, M. (Orgs.). **Etnodesenvolvimento e Políticas Públicas: bases para uma nova política indigenista**. Rio de Janeiro: Contra capa. p. 7-29, 2002.

LIMA, T. F. P. **Política de Informação no Contexto da Atenção à Saúde Indígena: uma Análise a Partir da Perspectiva da Vigilância em Saúde**. Dissertação (Curso de Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

LOPES, R. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Z.; HARTZ, M. de A. **Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 20, Supl 2, p. 283-297, 2004.

MELO, Juliana; VILLANUEVA, Rosa Elisa. **Levantamento Etnoecológico Munduruku: Terra Indígena Munduruku/** – Brasília: FUNAI/PPTAL/GTZ, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.810, de 3 de agosto de 2006**. Define as transformações dos Distritos Sanitários Especial Indígena (DSEI). Brasília-DF, 2006. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/Legis/pdfs/>>.

_____. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, Relatório Final**. Ministério da Saúde, Brasília, 1993.

MANDÚ, E. N. T; ANTIQUEIRA V. M. A.; LANZA, R. A. C. **Mortalidade Materna: Implicações para o Programa Saúde da Família**. Revista de Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 278-284, abr/jun. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informe Saúde Indígena**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/informe_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 2008.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Dados e indicadores a respeito da Educação Escolar Indígena no pai**: Coordenação Geral de Educação Escolar Indígena, 2006.

MENDES, E. V. Distrito Sanitário – **O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do SUS**. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO. 1995.

MORAIS, Paulo. **Relatórios, Diagnósticos e Pareceres Técnicos**. COPAS/DESAI/FUNASA, 2004/2005.

NORONHA, J. C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: GIOVANELLA, L.. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, pp. 435-472, 2008.

ONU. **Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas**. Organização das Nações Unidas (ONU), Brasília, 2007.

Portal, Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.gov.br/portalsaude>>. Acesso em: 02 mai. 2016.

_____. Presidência da República. **Lei 9836/99**: 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. Disponível em <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/126880/lei-9836-99>>. Acesso em:

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

RAMOS, A. **Munduruku: aspectos sociais**. Brasília-DF, 2003. Disponível em: <<https://pib.socioambiental.org/pt/povo/munduruku/798>>. Acesso em: 12 set. 2016.

SADECK, Luiz. Dsei Rio Tapajós: Um trabalho silencioso, que muito contribui para saúde da população indígena. **O Impacto**, Santarém, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.oimpacto.com.br/dsei-rio-tapajos-um-trabalho-silencioso-que-muito-contribui-para-saude-da-populacao-indigena/>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

SANTOS, R. V. **Saúde dos Povos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil**. In: GIOVANELLA, L. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.33-55.

SHANKLAND, A. A Saúde Indígena no Mundo. In: **Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena. Relatório Inicial** (revisado). Centro Brasileiro de

Análise e Planejamento, São Paulo. abril. 2009c. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/vigisus/vigModSsi_DiagnosticoSSI.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2010.

SOARES, L. Políticas Sociais na América Latina. In: GIOVANELLA, L. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 1, pp. 923-944, 2008.

SPDM, Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina. Disponível em: <<http://www.saudeindigena.spdm.org.br/site/index.php/dsei/tapajos>>. Acesso em:

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23^a ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CÉSAR, C. L. G. **Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 24, n.3, p.663-674, mar. 2008.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. **Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral**, Ceará. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. v. 61, n. 5, p. 595-602, set/out. 2008.

ANEXOS



ANEXO I

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NO DSEI RIO TAPAJÓS

Itaituba, 10 novembro de 2015.

Eu, ERINEIDE FERREIRA CRUZ, responsável principal pelo Projeto de Pesquisa Parte Integrante para o TCC da Graduação em Enfermagem da Faculdade de Itaituba, venho pelo presente, solicitar autorização da Coordenadora do DSEI Rio Tapajós de Itaituba para realizar pesquisa no DSEI Rio Tapajós, sob o título: "Ações Desenvolvidas pelo DSEI Rio Tapajós com Foco na Assistência e Atenção à Saúde Indígena dos povos Munduruku", com o objetivo de analisar as ações de assistência à saúde desenvolvidas pelo Distrito Sanitário Especial Indígena- DSEI Rio Tapajós, nas comunidades indígenas dessa região. Será realizada entrevistas com a Coordenadora do DSEI, chefe do DIASI, Presidente do CONDISI (Conselho Distrital da Saúde indígena) Lideranças Indígenas e equipe multidisciplinar que atua na saúde indígena.

O referido projeto tem como orientador o Professor Drº Francisco Cláudio de Sousa Silva. Contato do pesquisador principal (93) 9199717289, ou uedienirecruz@hotmail.com, Contato da orientador: (93)992132635, souclfa@yahoo.com.br Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas dessa unidade. Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Principal
RG: 1791233 SSP/PA
Instituição: Faculdade de Itaituba

Assinatura do Orientador da Pesquisa



Centro de Estudo Superior de Itaituba S/C Ltda
Faculdade de Itaituba – FAI

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente estudo denominado de: **AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO DSEI RIO TAPAJÓS COM FOCO NA ASSISTÊNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA DOS POVOS MUNDURUKUS**, tem por objetivo de analisar as ações de assistência à saúde desenvolvidas pelo Distrito Sanitários Especial Indígena-DSEI Rio Tapajós e justifica-se a relevância do estudo, visto que o DSEI- Tapajós é o órgão responsável pela implementação das políticas de atendimento à saúde dos povos indígenas na região do Tapajós.

A sua participação nesse estudo consiste em uma entrevista. Não serão identificados riscos ou desconfortos decorrentes de sua participação neste estudo.

No caso de quaisquer dúvidas ou questionamentos você poderá contatar a pesquisadora principal desta pesquisa, Erineide Ferreira Cruz, pelo telefone (93)991717289 ou pelo edienirecruz@hotmail.com, assim como seu orientador, Profº Drº Francisco Cláudio de Sousa Silva, (93) 992132635, souclfa@yahoo.com.br ou ainda com a Secretaria do comitê de Ética em Pesquisa da UEPA (Universidade do Estado do Pará) pelo telefone (93) 3512-8013.

Sua participação neste estudo é voluntária, tendo você o direito de a qualquer momento recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação neste estudo, sua recusa não implicará em qualquer prejuízo. Será garantido a manutenção de sua privacidade e confidencialidade. Os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins de pesquisa sobre a temática e serão publicados ou apresentados em eventos científicos, sendo que você poderá ser informado sobre os resultados da pesquisa se assim o desejar.

Este termo de consentimento possui duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.



ANEXO III

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, Erineide Ferreira Cruz, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se assim o desejar.

Em caso de dúvidas poderei contatar a qualquer momento a pesquisadora Erineide Ferreira Cruz pelo telefone (93)99171 7289 ou pelo e-mail/ edienirecruz@hotmail.com, assim como seu orientador, Prof.º Dr.º Francisco Claudio de Sousa Silva, (93)992132635, e-mail / souclfa@yahoo.com.br , ou ainda com a Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPA (Universidade do Estado do Pará) pelo telefone (93)3512-8013.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

ITAITUBA, ____ de _____ de 20____.



ANEXO IV

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

ENTREVISTA COORDENADORA DO DSEI RIO TAPAJÓS

I- PARTE: PERFIL DO RESPONDENTE

Sexo (☐) M (☐) F Idade:_____ Escolaridade:_____ Estado
Cível:_____Você é Indígena (☐) Sim (☐) Não / Qual Etnia?_____
Tempo de Experiência na função: _____Tempo de experiência com a saúde
indígena:_____.

II-PARTE: QUESTÃO SEMI-ESTRUTURADAS

- 1) -Quais os principais desafios que você vivencia no serviço de entendimento a saúde dos povos indígenas?
- 2) -Que tipo de apoio o DSEI recebe da SESAI para desenvolver as ações nas aldeias?
- 3) - Quais avanços foram implementados sem sua gestão?
- 4) - Quais as dificuldades são enfrentadas para desenvolver as ações do DSEI?
- 5) -Quais ações são realizadas conjuntamente com a gestão, o controle social e o DIASI, afim de melhorar a assistência à saúde dos povos indígenas?



ANEXO V

ENTREVISTA COM O CHEFE DO DIASI

I-PARTE: PERFIL DO RESPONDENTE

Sexo () M () F Idade:_____ Escolaridade:_____ Estado
Cível:_____ Você é indígena()Sim ()Não/Qual é etnia?_____
Tempo de experiência na função: _____Tempo de experiência com a saúde
indígena:_____.

II-PARTE: QUESTÃO SEMI-ESTRUTURADAS

- 1) -Quais as dificuldades são enfrentadas pelo DIASI?
- 2) -Qual apoio o DIASI oferece à equipe multidisciplinar que atua nas aldeias?
- 3) -Há alguma rejeição por parte dos usuários no desenvolvimento das ações de saúde realizadas nas comunidades indígenas?
- 4) -Que tipo de apoios a equipe multidisciplinar recebe da gestão do DSEI e do CONDISI?
- 5) -Quais conquistas e desafios tem sido enfrentado no alcance dos resultados de melhoria à saúde indígena?



ANEXO VI

ENTREVISTA COM PRESIDENTE DO CONDISI

I-PERFIL DO RESPONDENTE

Sexo () M () F Idade: _____ Escolaridade: _____ Estado
Cível: _____ Você é indígena() Sim () Não/Qual é etnia? _____
Tempo de experiência na função: _____ Tempo de experiência com a saúde
indígena: _____.

II-PARTE: QUESTÃO SEMI-ESTRUTURADAS

- 1) -Como você avalia as ações de controle social à saúde indígena do DSEI Rio Tapajós no Município de Itaituba?
- 2) - Como você vê as ações desenvolvidas pelo DSEI Rio Tapajós nas comunidades indígenas?
- 3) - Qual é a participação do controle social junto a gestão do DSEI?
- 4) - Qual é o papel do representante do CONDISI dentro do DSEI?
- 5) -De que forma o controle colabora na melhoria da qualidade da saúde indígena?



ANEXO VII

ENTREVISTA COM USUÁRIOS INDÍGENAS

I-PERFIL DO RESPONDENTE

Sexo () M () F Idade:_____ Escolaridade:_____ Estado
Cível:_____ Você é indígena()Sim ()Não/Qual é etnia? _____
Tempo de experiência na função: _____ Tempo de experiência com a saúde
indígena:_____.

II-PARTE: QUESTÃO SEMI-ESTRUTURADAS

- 1) -De que forma você avalia as ações desenvolvidas pelo DSEI Rio Tapajós nas comunidades indígenas?
- 2) -Quais foram os benefícios das ações desempenhadas pela equipe multidisciplinar dentro da aldeia?
- 3) - O que você gostaria que melhorasse nas ações realizadas pelo DSEI- Tapajós?
- 4) - Na sua opinião o DSEI Rio Tapajós atende as expectativas das comunidades indígenas na questão da saúde?
- 5) - Apresente algumas sugestões que ajudarão melhorar o atendimento à saúde indígena?



ANEXO VIII

ENTREVISTA COM EQUIPE DE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE

I-PERFIL DO RESPONDENTE

Sexo () M () F Idade:_____ Escolaridade:_____ Estado
Cível:_____ Você é indígena()Sim ()Não/Qual é etnia?_____
Tempo de experiência na função: _____Tempo de experiência com a saúde
indígena: _____.

II-PARTE: QUESTÃO SEMI-ESTRUTURADAS

- 1) - Qual sua opinião sobre as ações executadas nas comunidades indígenas pela equipe multidisciplinar de saúde?

- 2) - Quais dificuldades são encontradas na execução das ações na prevenção e promoção à saúde dos índios Mundurukus?

- 3) - Quais é o suporte necessário para a equipe multidisciplinar desenvolver com eficiência as ações pré-estabelecidas pelo DSEI Rio Tapajós nas comunidades indígenas?

- 4) -Que apoio é ofertado pela Instituição para o desempenho das ações de assistência à saúde com qualidade para os povos Mundurukus?

- 5) - Como você se sente em desenvolver ações de saúde para os povos indígenas?