

**ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA:  
Uma proposta de integração ao Sistema Único de Saúde  
em Santa Catarina**

**Abril de 2006**

# **GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

## **GOVERNADOR**

Eduardo Pinho Moreira  
(Governador em exercício)

## **VICE-GOVERNADOR**

Eduardo Pinho Moreira

# **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

## **SECRETÁRIO DE SAÚDE**

Carmen Emília Bonfá Zanotto

## **DIRETOR GERAL**

Lester Pereira

**ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA:**  
**Uma proposta de integração ao Sistema Único de Saúde em Santa Catarina**

**COORDENAÇÃO**

**DIRETORIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE**

FLÁVIO RICARDO LIBERALI MAGAJEWISKI - DIRETOR

**GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE SAÚDE**

ÂNGELA MARIA BLATT ORTIGA - GERENTE

**ELABORAÇÃO**

JOSIMARI TELINO DE LACERDA

ÂNGELA MARIA BLATT ORTIGA

**APOIO OPERACIONAL**

MARCUS AURELIO GUCKERT

DIONE ABREU

**COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO - CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE**

FLÁVIO RICARDO LIBERALI MAGAJEWISKI - SES

ADELAR JOSÉ TOLFO - COSEMS

JANETE AMBRÓSIO

THAÍS ANGÉLICA MENDES DOS SANTOS – CDH/CRP

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>8</b>
<b>Geral</b>	<b>8</b>
<b>Específicos</b>	<b>8</b>
<b>3 DIAGNÓSTICO</b>	<b>9</b>
<b>3.1 Condição de saúde da população indígena</b>	<b>9</b>
<b>3.2 Organização da atenção à saúde da população indígena</b>	<b>12</b>
<b>4 ORGANIZAÇÃO DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA</b>	<b>14</b>
<b>4.1 Atribuições e competências segundo estabelecimento e profissional de saúde</b>	<b>15</b>
<b>5. PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA SES</b>	<b>20</b>
<b>5.1 Fluxo de Referência da Assistência Ambulatorial</b>	<b>21</b>
<b>5.2 Fluxo de Referência da Assistência Hospitalar</b>	<b>24</b>
<b>6 FINANCIAMENTO</b>	<b>24</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>27</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A população indígena no Brasil é estimada em aproximadamente 411 mil pessoas, muito aquém dos cerca de cinco milhões no início do século XVI, cujo principal fator de dizimação foi epidemias por doenças infecciosas decorrentes das mudanças no seu modo de vida imposto pela colonização e cristianização (FUNASA, 2002). A complexidade e a diversidade cultural deste grupo populacional ficam evidentes já na sua composição, que em nível nacional agrega 210 povos e mais de 170 línguas identificadas. Estes grupos diferem nos aspectos de concepção e organização social, política, econômica, de relação com o meio ambiente e ocupação do território. Diferem ainda quanto à temporalidade e experiência na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional. Segundo a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA (2002) há indícios da existência de 55 grupos que permanecem isolados e destes, 12 estão sendo assistidos pela Fundação Nacional Indígena - FUNAI. Ocupando 12% do território nacional, a população indígena está presente em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, concentrando-se nas regiões Norte e Centro-Oeste do país onde vivem 60% dos indivíduos e se encontra 98,7% das terras indígenas.

Em Santa Catarina reside uma pequena parcela da sociedade indígena brasileira, aproximadamente 8.078 pessoas em 2005, correspondendo a 1,96% do contingente nacional. Os *Kaingang*, *Xokleng* são os grupos étnicos predominantes no Estado, além dos *Guarani* e *Xetá*. As trinta e nove aldeias indígenas catarinenses localizam-se em 16 municípios situados nas regiões Planalto Norte, Nordeste, Grande Florianópolis, Sul, Meio Oeste, Extremo Oeste e Vale do Itajaí, com maior concentração populacional nas duas últimas, que abrigam respectivamente 71,9% e 17,6% dos índios catarinenses (tabela 1).

Reconhecendo as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas o Ministério da Saúde, através da Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999, acrescentou dispositivo à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena enquanto componente do Sistema Único de Saúde (SUS). A organização desse Subsistema ficou sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). As ações e serviços voltados ao atendimento da saúde da população indígena devem obedecer aos dispositivos desta Lei, e seguir obrigatoriamente os princípios de descentralização, hierarquização e regionalização preconizados pelo SUS, considerando a realidade local e as especificidades culturais dos povos indígenas. Preconiza ainda que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena terá como base os

trinta e quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), cuja delimitação geográfica deve contemplar aspectos demográficos, étnicos e culturais. Em seu artigo 19-G parágrafo segundo, recomenda adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para garantir o atendimento necessário e sem discriminação em todos os níveis da atenção.

**Tabela 01:** Distribuição da população indígena no Estado de Santa Catarina, 2006.

PÓLO BASE	REGIÃO	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	ALDEIA	POP. ALD.
<b>Araquari</b> (N=292)	<b>Nordeste</b>	Araquari	151	Pindoty	36
				Yvapura	06
				Tarumã	19
				Jaboticabeira	23
				Tiaraju	67
		São Francisco do Sul	95	Morro Alto	78
		Barra do Sul	25	Reta do Iperoba	17
		Garuva	21	Conquista	25
<b>José Boiteux</b> (N=1.426)	<b>Vale do Itajaí</b>	José Boiteux	720	Yankamporã	21
				Sede D. Caxias	219
				Rio do Toldo	64
				Pavão	136
				Palmeira	301
		Victor Meireles	308	Figueira	142
		Dr. Pedrinho	398	Coqueiro	166
<b>Fpolis</b> (N=414)	<b>Grande Fpolis</b>	Biguaçu	117	Bugio	398
				Biguaçu	117
				Massiambu	61
		Palhoça	175	Morro dos Cavalos	114
	<b>Sul</b>	Imaruí	122	Imaruí	122
<b>Chapecó</b> (N=5.946)	<b>Planalto Norte</b>	Porto União	31	Kupri	31
	<b>Meio Oeste</b>	Seara	105	Toldo Pinhal	105
		Abelardo Luz	91	Toldo Imbú	91
	<b>Extremo Oeste</b>	Chapecó	836	Toldo Chimbangue II	77
				Toldo Chimbangue Kondá	411
		Entre Rios	989	Kondá	348
				Linha Limeira	207
				João Veloso	134
	Ipuacu	3.914	Linha Manduri	80	
			Linha Matão	160	
Paíol de Barros			408		
Sede			1491		
Pinhalzinho			1140		
Olaria			338		
Faz. São José	110				
Água Branca	305				
Serrano	81				
Serro Doce	94				
Baixo Samburá	335				

A população indígena catarinense pertence a dois Distritos Sanitários Especiais Indígenas: o Interior Sul e o Litoral Sul, que envolvem os estados da Região Sul, São Paulo e Rio de Janeiro. Santa Catarina possui quatro Pólos-Base sendo os localizados em Araquari e Florianópolis pertencentes ao DSEI Litoral Sul e os de Chapecó e José Boiteux pertencentes ao DSEI Interior Sul.

Dificuldades operacionais impossibilitaram a vinculação direta do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ao SUS. A alternativa adotada pela FUNASA em Santa Catarina foi a contratação de serviços, através de convênio com uma Organização Não Governamental que se responsabilizou pela maioria da oferta de serviços de atenção à saúde indígena, exceto nos municípios de Entre Rios, Chapecó e Ipuacú onde municípios e associações indígenas se responsabilizaram por assegurar a atenção em suas áreas de abrangência.

O presente documento analisa a condição de saúde da população indígena em Santa Catarina, os serviços ofertados atualmente e apresenta uma proposta piloto de integração da população indígena ao SUS, obedecendo o fluxo de atendimento disponível à população catarinense na atenção básica, na média e alta complexidade ambulatorial e na assistência hospitalar.

## **2 OBJETIVOS**

### **Geral**

Propor estratégias de incorporação da população indígena ao fluxo do SUS na atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, no estado de Santa Catarina.

### **Específicos**

Analisar a condição de saúde indígena no estado catarinense;

Conhecer o subsistema de atenção à saúde indígena no âmbito da atenção básica em Santa Catarina;

Identificar o fluxo de atendimento da população indígena nos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar;

Comparar o fluxo de atendimento da população indígena com o fluxo de atendimento da população em geral na média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

### 3 DIAGNÓSTICO

#### 3.1 Condição de saúde da população indígena

A comunidade indígena em Santa Catarina corresponde a 0,13% do total de catarinenses. Os agravos e eventos mais prevalentes na população indígena no período 2002 e 2003 foram doenças do aparelho respiratório, verminoses, doenças diarréicas e dermatológicas respectivamente. No período 2004 e 2005 as doenças respiratórias permanecem com o maior número de registros, seguidas em ordem decrescente por doenças de pele, verminoses e hipertensão. A desnutrição e as verminoses foram os agravos que sofreram maior percentual de redução no quadriênio (64,3% e 26,5%). No entanto é preocupante o crescimento dos registros de alcoolismo (1010,0%) e das doenças respiratórias, com destaque para as pneumonias que cresceram 212,0% no período analisado (tabela 02).

**Tabela 02:** Agravos e eventos registrados no atendimento à da população indígena nos anos 2002, 2003, 2004 E 2005 em Santa Catarina (casos/mil habitantes).

CAUSAS	2002 (N=7.979)	2003 (N=8.156)	2004 (N=7.435)	2005 (N=8.078)	Comportamento no período
Doenças do Ap. Respiratório	283,5	209,0	514,0	453,2	96,4%
Doenças Diarréicas	87,7	56,0	35,9	39,7	-47,4%
Pediculose	47,7	54,1	79,1	31,8	8,9%
Verminose	148,4	89,0	104,8	69,7	-26,5%
Doenças Dermatológicas	34,1	96,5	98,2	93,0	46,4%
Hipertensão	31,2	57,9	74,4	43,2	32,0%
Pneumonia	5,5	7,0	19,2	19,8	212,0%
DST (Tricomoníase)	11,1	9,2	10,7	4,4	-25,6%
Neoplasias	0,6	1,3	0,5	1,8	21,1%
Desnutrição	49,1	44,4	23,0	10,4	-64,3%
Alcoolismo	0	1,0	9,9	1,2	1010,0%
Anemia	15,7	41,9	31,9	15,1	-18,4%

Fonte: FUNASA, 2006

Os dados de morbidade por pólo-base, apresentados na tabela 03, permitem identificar diferenças regionais no perfil epidemiológico da população indígena em 2004. A taxa das Infecções Respiratórias Agudas registrada em Florianópolis, por exemplo, corresponde a 4,2 vezes a de José Boiteux, quatro vezes a de Chapecó e o dobro da taxa em Araquari. As doenças crônico-degenerativas apresentaram destaque no pólo-base de José Boiteux, cuja taxa corresponde a 8,4

vezes a taxa de Florianópolis, o quádruplo de Araquari e 3,5 vezes a de Chapecó. As doenças diarréicas foram a terceira causa de procura aos serviços de saúde, com predomínio no pólo de Araquari cuja taxa foi 15,7 vezes a de José Boiteux e o triplo de Chapecó. Araquari e José Boiteux se destacaram também no registro de desnutridos que corresponde aproximadamente ao dobro dos registros da média estadual.

Apesar das discrepâncias regionais e do quadro evolutivo no período analisado, todos os agravos registrados caracterizam-se como de baixa complexidade no atendimento, a maioria destes passíveis de resolução pela qualificação da atenção básica.

**Tabela 03:** Morbidade da população indígena segundo Pólo-Base em Santa Catarina em 2004 (casos/mil habitantes).

CAUSAS	Chapecó (N=5.201)	Florianópolis (N=404)	Araquari (N=259)	José Boiteux (N=1.571)	Geral (N=7.435)
Desnutridos	9,0	-	15,4	12,7	9,5
Diarréias - consultas	60,0	-	169,9	10,8	50,2
Doenças Crônico- Degenerativas	48,1	19,8	38,6	167,4	71,5
DST	26,0	9,6	7,7	6,4	20,3
IRAS-consultas	374,2	1477,7	702,7	348,2	440,1
Tuberculose	-	2,5	15,4	-	0,7
Alcoolismo	-	-	61,8	2,5	2,7

Fonte: FUNASA, 2004

A tabela 4 apresenta dados de mortalidade da população indígena catarinense no quadriênio 2002-2005. A taxa de mortalidade geral da população indígena em 2005 foi de 3,3 óbitos/mil habitantes, abaixo da mortalidade geral catarinense não indígena sendo as causas externas responsáveis por 20,7% dos óbitos, seguido por doenças do aparelho circulatório (13,8%) e doenças do aparelho respiratório, especificamente pneumonia (10,3%). No biênio 2002-2003 a mortalidade infantil dos índios catarinenses se assemelhava à mortalidade da população de alguns estados nordestinos como Sergipe (40,6/mil), Maranhão (40,9/mil) e Alagoas (52,6/mil), ficando muito superior à média dos estado para o mesmo período e idade (DATASUS, 2005). Chama atenção a importante redução do coeficiente de mortalidade infantil no quadriênio 2002-2005, passando de 58,2 óbitos a cada mil nascido vivos para 8,7 óbitos (tabela 04). No período 2002-2005 observa-se aumento das taxas de mortalidade devido a septicemia (108,0%), cirrose hepática (100,0%) e pneumonia (73,0%). Óbitos por doenças do aparelho circulatório sofreram redução de 60,5% no quadriênio analisado, comportamento semelhante nos óbitos devido a causas externas

(29,2%). Houve registro de óbito por meningite, traumatismo, desidratação, choque séptico e hipovolêmico no último ano do período, causas não registradas nos anos anteriores. No primeiro biênio analisado, as principais causas de óbito na população indígena foram respectivamente causas externas, doenças do aparelho circulatório e desnutrição. No segundo biênio permaneceram em primeiro lugar as causas externas, seguidas por pneumonia e doenças do aparelho circulatório.

**Tabela 04:** Coeficiente de mortalidade geral da população indígena, segundo causa nos anos 2002, 2003, 2004 E 2005 em Santa Catarina (óbitos/10mil habitantes).

<b>CAUSA DO ÓBITO</b>	<b>2002</b> (N=7.979)	<b>2003</b> (N=8.156)	<b>2004</b> (N=7.435)	<b>2005</b> (N=8.078)
Causas externas	6,3	9,8	4,0	7,4
Desnutrição	6,3	1,2	-	-
Pneumonia	2,5	1,2	2,7	3,7
Neoplasias	2,5	-	-	2,5
Meningite Meningocócica	-	-	-	1,2
Cirrose hepática	1,2	-	1,2	1,2
Aparelho Circulatório	6,3	6,1	-	4,9
Prematuridade	2,5	1,2	-	-
Septicemia	2,5	-	2,7	2,5
Insuficiência renal crônica	1,2	-	-	-
Causa Mal definida	6,3	3,7	6,7	3,7
Demais Causas	-	-	-	7,4
<b>MORTALIDADE GERAL (/1000)</b>	<b>5,1</b>	<b>4,2</b>	<b>1,8</b>	<b>3,34</b>
<b>MORTALIDADE INFANTIL(/1000)</b>	<b>58,2</b>	<b>42,2</b>	<b>20,9</b>	<b>8,7</b>

Fonte: FUNASA, 2006

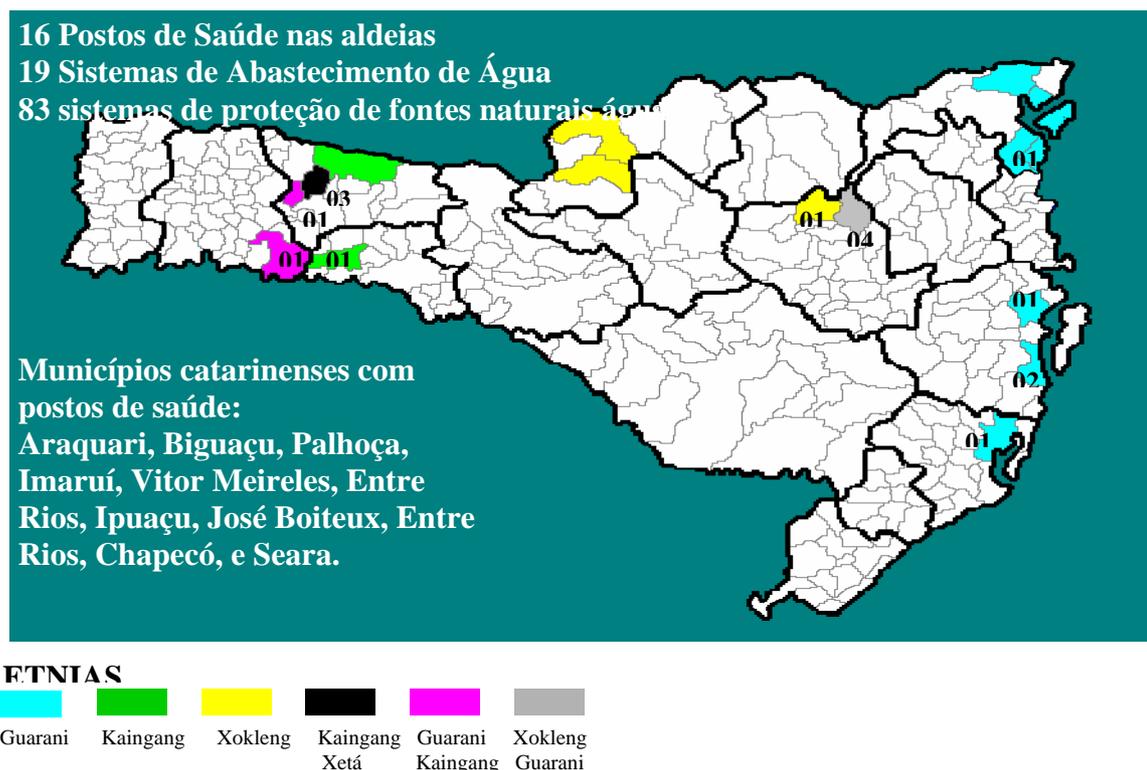
Segundo a FUNASA os principais fatores de risco para a população indígena são: carência alimentar, aumento do consumo de bebidas alcoólicas, vulnerabilidade as DST/AIDS, precariedade de moradias em algumas aldeias e deficiência de saneamento básico, com destaque para inadequação do destino dos dejetos sólidos e líquidos. Tais aspectos ficaram evidentes na análise acima descrita e ratificam a afirmação de que os problemas da população indígena são passíveis de resolução majoritariamente no primeiro nível de atenção, colocando a questão da saúde indígena na mesma situação de saúde da população geral. Portanto, considera-se que os parâmetros de cobertura e de atenção adotados pelo SUS são aplicáveis à população indígena, resguardando-se as peculiaridades culturais desta população.

### **3.2 Organização da atenção à saúde da população indígena**

Em Santa Catarina a atenção à saúde da população indígena é majoritariamente ofertada pela Associação Estadual dos Rondonistas de Santa Catarina, responsável pela contratação das equipes de saúde na atenção básica e encaminhamento dos pacientes para os serviços de média e alta complexidade. As equipes de saúde contratadas para prestação de serviços na atenção básica são compostas por auxiliares de enfermagem, técnicos de saneamento, engenheiros sanitaristas, auxiliares de consultório dentário, enfermeiros, médicos e odontólogos. Além disso, a FUNASA contrata índios para atuarem como agentes indígenas de saúde (AIS) e agentes indígenas de saneamento (AISAN), responsáveis por ações preventivas, educativas e de apoio às equipes de saúde. Além da atenção básica, o convênio prevê pagamento de despesas com medicamentos, consultas especializadas, exames complementares, alimentação, hospedagem e deslocamento para tratamento fora do domicílio, órteses e próteses. Os demais serviços especializados são encaminhados para a rede pública e a demanda do nível terciário é encaminhada para os hospitais e serviços de referência conforme suas especificidades.

A população catarinense dispõe de 16 postos de saúde, localizados majoritariamente nas macrorregiões Vale do Itajaí e Extremo Oeste, conforme se apresentado na figura 1. Observa-se pela distribuição dos postos de saúde no Estado que parcela da comunidade indígena fica descoberta. Nestes locais o atendimento se dá nos domicílios ou em espaços coletivos dentro das aldeias. Observa-se ainda disparidades regionais quanto a disponibilização de estrutura física adequado para o atendimento da população, reflexo da distribuição espacial da população. Outro aspecto importante é a relação profissional/habitante. Considerando que cada posto de saúde possui um profissional médico, odontólogo e enfermeiro, a população indígena dispõe de 1 profissional para cada 465 pessoas, superior ao que preconiza a Organização Mundial de Saúde. O maior acesso a estes profissionais não tem assegurado necessariamente melhoria da condição de saúde desta população, conforme percebido na análise dos dados epidemiológicos. Os fatores determinantes dos agravos que acometem os índios relacionam-se diretamente com suas precárias condições de vida. Para reverter este quadro é necessário adoção de medidas extra setoriais. Talvez um melhor direcionamento dos recursos alocados para a população indígena pudesse resultar em maior impacto em seu perfil epidemiológico.

**Figura 01:** Distribuição dos postos de saúde para atendimento à saúde indígena em Santa Catarina



O Plano Distrital de Saúde elaborado pela FUNASA para 2006 aponta para algumas medidas nesta direção, conforme apresentado no quadro 01. Entre outros itens indica a implantação do programa de saúde da mulher e da criança, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e atenção a agravos prevalentes na infância e implantação da Vigilância alimentar e nutricional, com vistas à redução dos problemas nutricionais na infância.

**Quadro 01:** Metas/objetivos do Plano Distrital de Saúde Indígena para Santa Catarina.

Área de Atuação	Metas/Objetivos
Controle da Tuberculose	Reduzir a incidência de tuberculose Pulmonar Positiva
Vigilância Alimentar e Nutricional	Implantar a Vigilância Alimentar e Nutricional nos Pólos-Base priorizando crianças menores de 05 anos e gestantes
Imunização	Alcançar a cobertura vacinal adequada em 50% das aldeias dos Pólos-base para vacinas Sabin, Hepatite B em menores de 05 anos, Tetravalente em menores de 01 ano
Saúde da mulher e da criança	Implementar as ações de promoção à saúde integral da mulher e da criança de forma integrada com outras áreas programáticas, priorizando pré-natal, parto e puerpério, crescimento e desenvolvimento e doenças prevalentes em menores de 05 anos.
Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS	Implementação do programa DST/AIDS e hepatites nos Pólos-Base
Saúde Bucal	Garantir o acesso da população aos serviços de atenção à saúde bucal
Assistência farmacêutica	Implementar assistência farmacêuticas nos Pólos-Base

#### **4 ORGANIZAÇÃO DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA**

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

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

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

A referida portaria estabelece parâmetros para a composição da equipe multidisciplinar de atenção à saúde indígena (EMSI) apresentados no quadro 02. Quanto ao número de EMSI a norma (Portaria 479) orienta que na Amazônia Legal cada equipe se responsabilize por 400 habitantes e conte com quatro AIS. Nas demais regiões, a relação deve ser 01 EMSI para cada grupo de 1800 pessoas contando com seis AIS.

Para os Pólos-base e Casa de Saúde do Índio (Casai), a portaria indica a composição de uma Equipe Matricial de Saúde Indígena que contará com outros profissionais: assistente social,

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

**Quadro 02:** Parâmetros para alocação de profissionais de saúde da EMSI, segundo as diretrizes para organização da rede de estabelecimentos de saúde do subsistema de saúde indígena/FUNASA/MS, 2005.

PROFISSIONAL	PARÂMETRO (prof./1.800 hab.)
Enfermeiro	01 profissional/1.800 habitantes
Auxiliar e Enfermagem	02 profissionais/1.800 habitantes
Agente Indígena de Saúde	06 profissionais/1.800 habitantes
Agente Indígena de Saneamento	01/ sistema de abastecimento água
Médico	01 profissional/1.800 habitantes
Odontólogo	01 profissional/1.800 habitantes
Auxiliar ou Técnico Saúde Bucal	01 profissional/1.800 habitantes
Assistente social	01 profissional/100 mil habitantes
Fisioterapeuta	01 profissional/100 mil habitantes
Psicólogo	01 profissional/100 mil habitantes
Terapeuta Ocupacional	01 profissional/100 mil habitantes

#### 4.1 Atribuições e competências segundo estabelecimento e profissional de saúde

##### 4.1.1 Unidade de Apoio aos AIS e AISAM (UA)

Estabelecimento de saúde com estrutura física simplificada necessária para o desenvolvimento das atividades de atenção à saúde desenvolvida pelos AIS, com supervisão da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) e do AISAN, quando for o caso, com supervisão do técnico de saneamento.

##### Atribuições:

<b>Agente de Saúde Indígena (AIS)</b>	
Acompanhamento do desenvolvimento infantil	Acompanhamento de pacientes crônicos
Acompanhamento das gestantes	Acompanhamento de imunização
Identificação dos casos suspeitos de doenças mais frequentes	Ações de educação em saúde e ambiental
Apoio à EMSI responsável pela sua área de atuação	Ações de comunicação
<b>Agente Indígena de Saneamento (AISAN)</b>	
Identificação dos aspectos políticos, econômicos, sociais e etno-culturais do seu	Colaboração na realização e atualização do censo sanitário das aldeias;

território, com vistas às intervenções de saneamento;	
Operação e manutenção dos sistemas de abastecimento de água;	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;

#### 4.1.2 Posto de Saúde Indígena

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. Os Postos de Saúde, atendendo ao perfil epidemiológico de morbi-mortalidade, os hábitos e costumes das etnias, poderão contar com auxiliares e/ou técnicos de enfermagem em escala de plantão.

##### Atividades executadas:

Vigilância nutricional de toda população indígena;	Atendimento odontológico preventivo e curativo para toda população indígena;
Atenção integrada às doenças prevalentes na infância;	Atenção à saúde da mulher incluindo pré-natal de baixo risco, identificação e encaminhamentos dos casos de alto risco;
Atendimento ao adolescente, adulto e idoso;	Programa de tuberculose, hanseníase e dermatologia sanitária;
Programa de saúde mental	Programa de DST/AIDS e hepatites virais;
Manutenção do sistema ativo de vigilância em saúde e meio ambiente;	Monitoramento dos pacientes crônicos;
Ações de Imunização;	Assistência farmacêutica (estruturar um Posto de Medicamentos supervisionado e acompanhada pelo farmacêutico do Pólo-Base);
Procedimentos para primeiros socorros, curativos e medicação;	Ações de educação em saúde e ambiental;
Execução do censo sanitário em sua área de abrangência;	Coleta de material para exame;

Solução e disposição final dos resíduos gerados no estabelecimento.	Alimentação dos sistemas de informação em conformidades com os sistemas do SUS
<b>Conforme as características geográficas e epidemiológicas, ainda poderão ser previstos:</b>	
Controle da qualidade da água (CQA);	Ações de saneamento;
Laboratório de diagnóstico da malária;	Ações de controle das endemias (malária e outras endemias regionais);
Alojamento para o auxiliar ou técnico de enfermagem, técnico de saneamento e/ou EMSI.	Registros de ações em saúde e manutenção de arquivo de prontuários.

#### 4.1.3 Pólo – Base Indígena

A Sede do Pólo-Base Indígena é um estabelecimento de referência para as ações administrativas, de saúde e de saneamento na sua área geográfica de abrangência envolvendo o conjunto de Postos de Saúde, Unidades de Apoio e Aldeias. Deverá manter uma Unidade de Farmácia sob responsabilidade técnica de um profissional farmacêutico, que desenvolverá todas as atividades de abastecimento, armazenamento, distribuição e controle na dispensação de medicamentos e materiais médico-hospitalares, de todos os Postos de Saúde adscritos ao Pólo-Base referendado.

#### Classificação Sede do Pólo Base

**Tipo A:** sede do município ou localidades – atividades técnico-administrativas – equipe administrativa e apoio as EIMS itinerante de sua responsabilidade;

**Tipo B:** sede do município ou localidades – atividades administrativas e atenção básica – equipe administrativa EMSI permanente e apoio EMSI itinerante;

**Tipo C:** zona rural ou terra indígena – atividades administrativas e atenção básica – equipe administrativa, EMSI permanente e apoio a EMSI itinerante;

#### Atividades desenvolvidas

##### Sede de Pólo-Base Indígena Tipo A

Armazenamento e controle dos insumos necessários a todas ações da área de abrangência do Pólo-Base.	Sistema de Comunicação integrado com a rede de referência de média e alta complexidade;
Assistência farmacêutica,	Vigilância epidemiológica e ambiental;
Execução e apoio às atividades de operação e manutenção dos sistemas de saneamento;	Registro das ações em saúde e administrativas, elaboração de relatórios de campo e manutenção

	do sistema de informação;
Análise e sistematização de dados e Sala de Situação;	Execução do censo sanitário em sua área de abrangência;
Planejamento das ações administrativas, de saúde e de saneamento na sua área de abrangência;	Serviço de apoio ao sistema de atendimento de emergência pré-hospitalar integrado ao sistema estadual do SAMU - 192.

### **Sede de Pólo-Base Indígena Tipo B**

<b>Administrativas:</b> Semelhantes às atividades desenvolvidas pelo Pólo-base tipo A	
<b>Atividades de assistência básica de saúde:</b> todas as atividades desenvolvidas nos Postos de Saúde além de:	
Assistência farmacêutica;	Garantir o respeito às medicinas tradicionais com participação dos xamãs, pajés e parteiras indígenas nas discussões e tratamentos;
Assistência laboratorial;	Controle das endemias
Ações de saneamento;	Execução e apoio às atividades de operação e manutenção dos sistemas de saneamento;
Coleta de material para exame;	Registros de ações em saúde e manutenção de arquivo de prontuários.

### **Sede de Pólo-Base Indígena Tipo C**

<b>Administrativas:</b> Semelhantes às atividades desenvolvidas pelo Pólo-base tipo A e B	
<b>Atividades de assistência básica de saúde:</b> Semelhantes às atividades desenvolvidas pelo Pólo-base tipo B	
<b>Conforme as características geográficas, epidemiológicas e a situação do abastecimento de água na área de abrangência dos Pólos-Base, independente da sua tipologia, ainda poderão ser previstos:</b>	
Controle de qualidade da água (CQA);	Laboratório de diagnóstico da malária;
Laboratório de análise clínica;	Execução de ações de controle das endemias (malária e outras endemias regionais);
Alojamento para o auxiliar ou técnico de enfermagem, técnico da área de endemias,	Ambiente para reuniões das equipes, palestras e reunião dos conselhos.

técnico de saneamento e/ou EMSI;	
----------------------------------	--

#### 4.1.4 Casa de Saúde do Índio - CASAI

Estabelecimento de apoio ao Subsistema de Saúde Indígena. Sua principal atribuição é prestar serviços de apoio ou de assistência ao paciente, conforme as especificidades locais.

##### Atividades

Articulação com a rede de referência de média e alta complexidade;	Recepção e apoio de pacientes e seus acompanhantes encaminhados pelos Distritos (ou pela rede de saúde com a devida comunicação dos distritos);
Alojamento e alimentação de pacientes e seus acompanhantes durante o período de tratamento médico;	Acompanhamento de pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares;
Garantir o respeito às medicinas tradicionais com participação dos xamãs, pajés e parteiras indígenas nos discussões e tratamentos;	Assistência de enfermagem com supervisão médica aos pacientes pós hospitalização e em fase de recuperação (ou tratamento);
Contra-referência com os Pólos Base, articulação do retorno dos pacientes e acompanhamento aos seus domicílios por ocasião da alta.	Sistema de Comunicação integrado permanente com os estabelecimentos de referência e contra-referência;
Vigilância epidemiológica e ambiental;	Assistência Farmacêutica;
Registro das ações administrativas e de saúde;	Elaboração de relatórios e manutenção do sistema de informação e Sala de Situação;
Realização de reuniões periódicas de avaliação com a equipe e os usuários visando à adequação do modelo de atenção;	Análise e sistematização de dados;
Planejamento das ações técnico-administrativas e de saúde;	Educação em saúde e ambiental;
Solução e disposição final dos resíduos gerados no estabelecimento.	

## **5. PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA SES**

Baseado na distribuição espacial da população indígena, na delimitação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e nos parâmetros descritos na Portaria MS/ 479 de dezembro de 2005, a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, através de sua Diretoria de Políticas de Saúde, apresenta uma proposta de organização da atenção à saúde indígena. Essa proposta parte do princípio que a população indígena é contemporânea da sociedade brasileira, devendo, portanto estar inserida no contexto da política pública de saúde nacional. Para tal definiu uma proposta de referência e fluxos do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena instituído na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, no contexto organizacional do SUS em Santa Catarina, visando a integração da atenção oferecida no Subsistema ao sistema maior que o contém.

### **5.1 Fluxo de Referência da Assistência Ambulatorial**

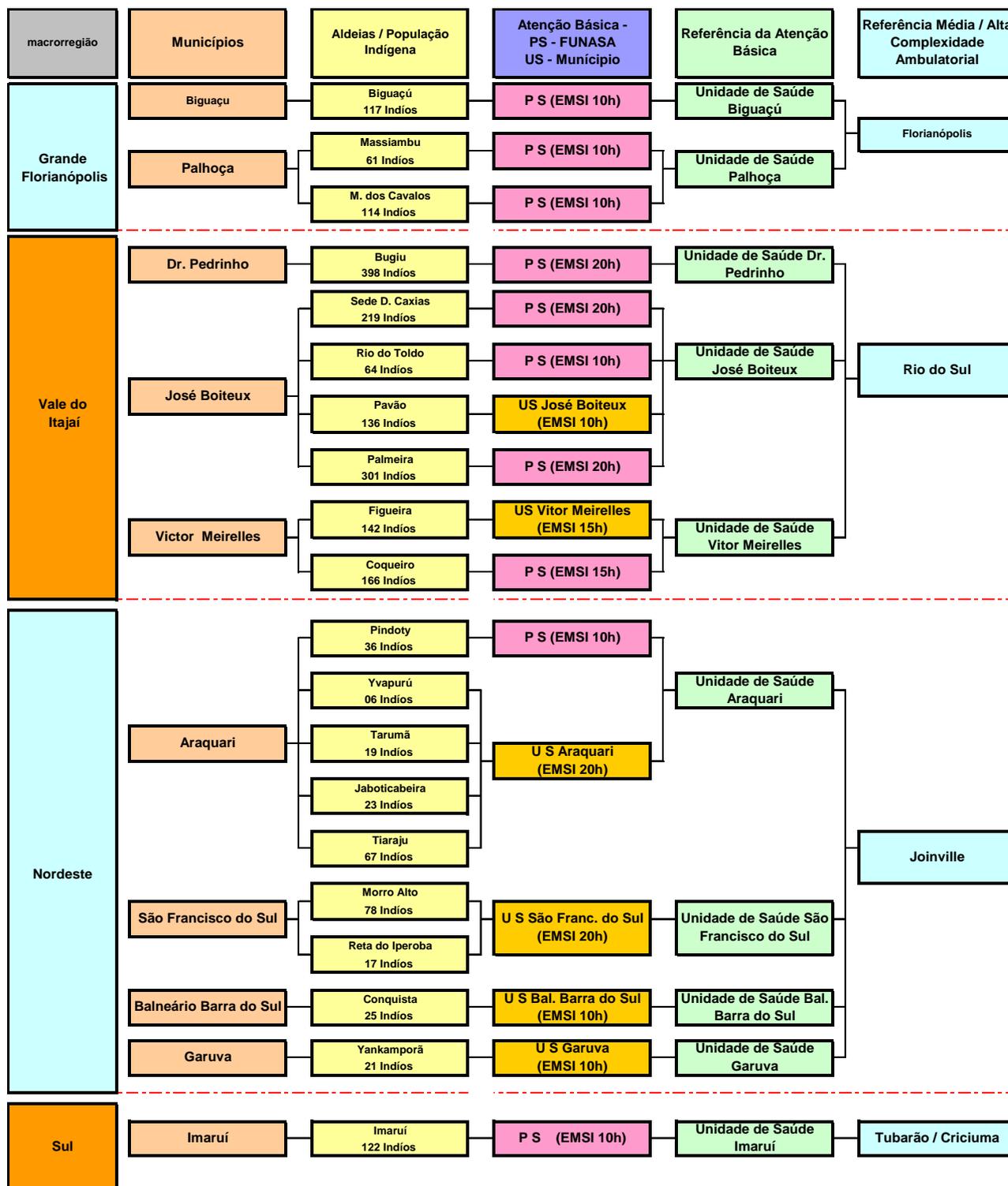
Atualmente o Estado de Santa Catarina dispõe de Postos de Saúde (PS) localizados em 16 aldeias, na sua maioria construídos e administrados pela FUNASA, com estrutura para realizar procedimentos de enfermagem, consultas médicas e de enfermagem e atendimento odontológico. Quando a unidade não possui consultório odontológico, é atendida por odontomóvel. Os profissionais auxiliar de enfermagem, agente de saúde indígena e agente indígena de saneamento garantem o atendimento diário, sendo locados por PS. Os atendimentos médico e odontológico se dão por agendamento e são feitos periodicamente. Nos locais onde não há disponibilidade de postos de saúde o atendimento é realizado em locais designados no interior das aldeias.

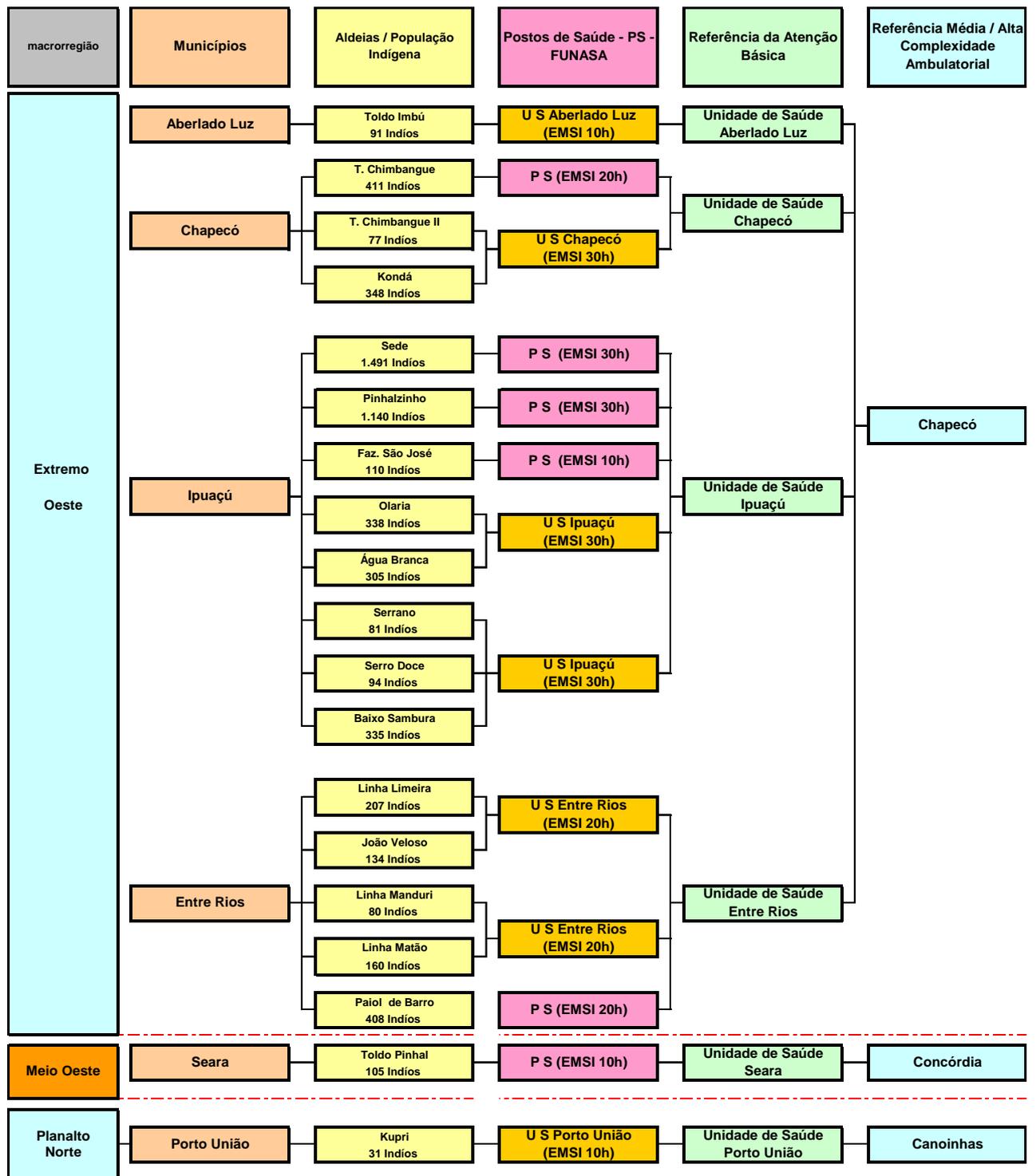
A presente proposta advoga que o município se responsabilize pela atenção à saúde da população indígena que habita sua base territorial. Deve contemplar os parâmetros estabelecidos na Portaria MS/479 de dezembro de 2005 e seguir o organograma proposto com as devidas adaptações necessárias. Para efeitos de adequação, deverá designar equipe e unidade de saúde específicas para o atendimento à referida população. Os postos de saúde existentes deverão ser incorporados no fluxo de atenção local, funcionando como Unidades de Apoio para os AIS e AISAN e também como Postos de Saúde. A exemplo do que ocorre atualmente, a FUNASA deverá indicar local próprio no interior das aldeias para funcionamento das Unidades de Apoio, naquelas onde não existirem postos de saúde. Neste caso o município deverá designar Unidade de Saúde próxima à aldeia para o atendimento médico, odontológico e de enfermagem. Dependendo do contingente populacional o município deverá designar equipe multiprofissional ou horas semanais para atendimento à população indígena de cada aldeia. Os agendamentos serão realizados pelos AIS.

São necessários estudos mais aprofundados sobre as distâncias das aldeias às Unidades do SUS municipal, para que se possa definir quais unidades seriam as referências por aldeia. Para efeitos demonstrativos apresentamos o fluxo e carga horária proposta para a equipe em cada local.

No fluxo Referência da Assistência Ambulatorial demonstrado abaixo, apresenta-se a proposição das referências municipais para média e alta complexidade ambulatorial. Este esquema seguiu as referências em média e alta complexidade para a população geral conforme disponibilidade dos serviços e a pactuação de cada município na Programação Pactuada Integrada - PPI, mantendo a referência dentro das macrorregiões do Estado estabelecidas no Plano Diretor de Regionalização -PDR. Para melhor elucidação, apresentamos nos anexos 01 e 02 a PPI da média e alta complexidade. Uma análise comparativa preliminar indicou semelhança entre a PPI e o fluxo de encaminhamento da média e alta complexidade atualmente utilizado pela FUNASA no atendimento à população indígena (anexo 03).

**Figura 02:** Fluxo de Referência para atenção ambulatorial





## **5.2 Fluxo de Referência da Assistência Hospitalar**

Em relação ao atendimento hospitalar propõe-se que a população indígena seja encaminhada para o Hospital local mais próximo, preferencialmente no município de residência ou nos municípios circunvizinhos. Nos casos em que necessite de hospital especializado, deve ser encaminhado para um hospital dentro da macrorregião sendo somente referenciada para outras macrorregiões quando não houver serviços especializados disponíveis.

Considera-se que se houver incremento na AIH da população indígena, este incentivo deva ser diferenciado para cada hospital, baseado no custo médio da AIH e na frequência de utilização dos serviços ou outra forma a ser definida pelo MS. Para melhor conhecimento do fluxo de atendimento hospitalar propõe-se a criação de um código específico nas AIHS de atendimento da população indígena, cujo monitoramento será efetuado pela Diretoria de Regulação da SES.

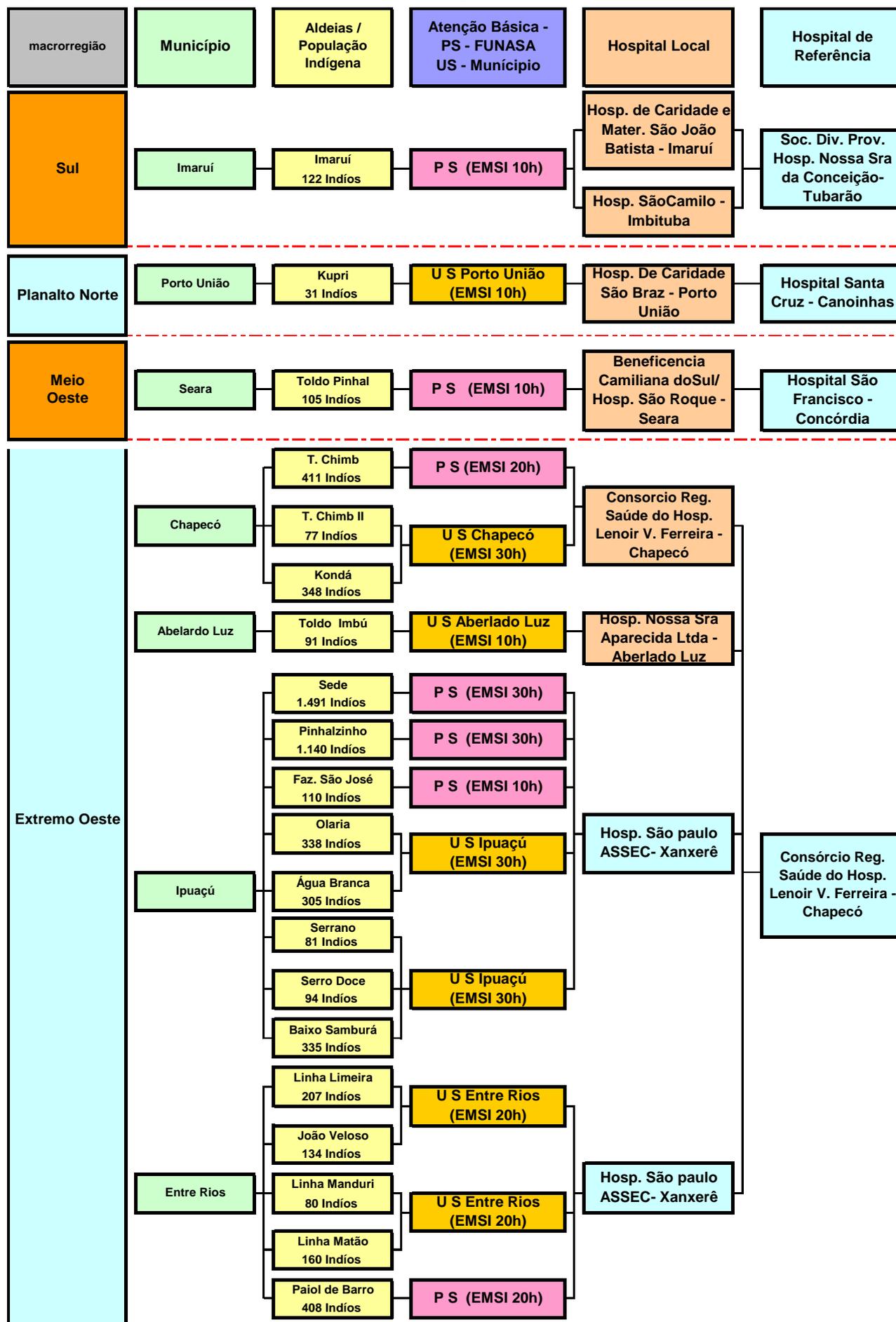
## **6. FINANCIAMENTO**

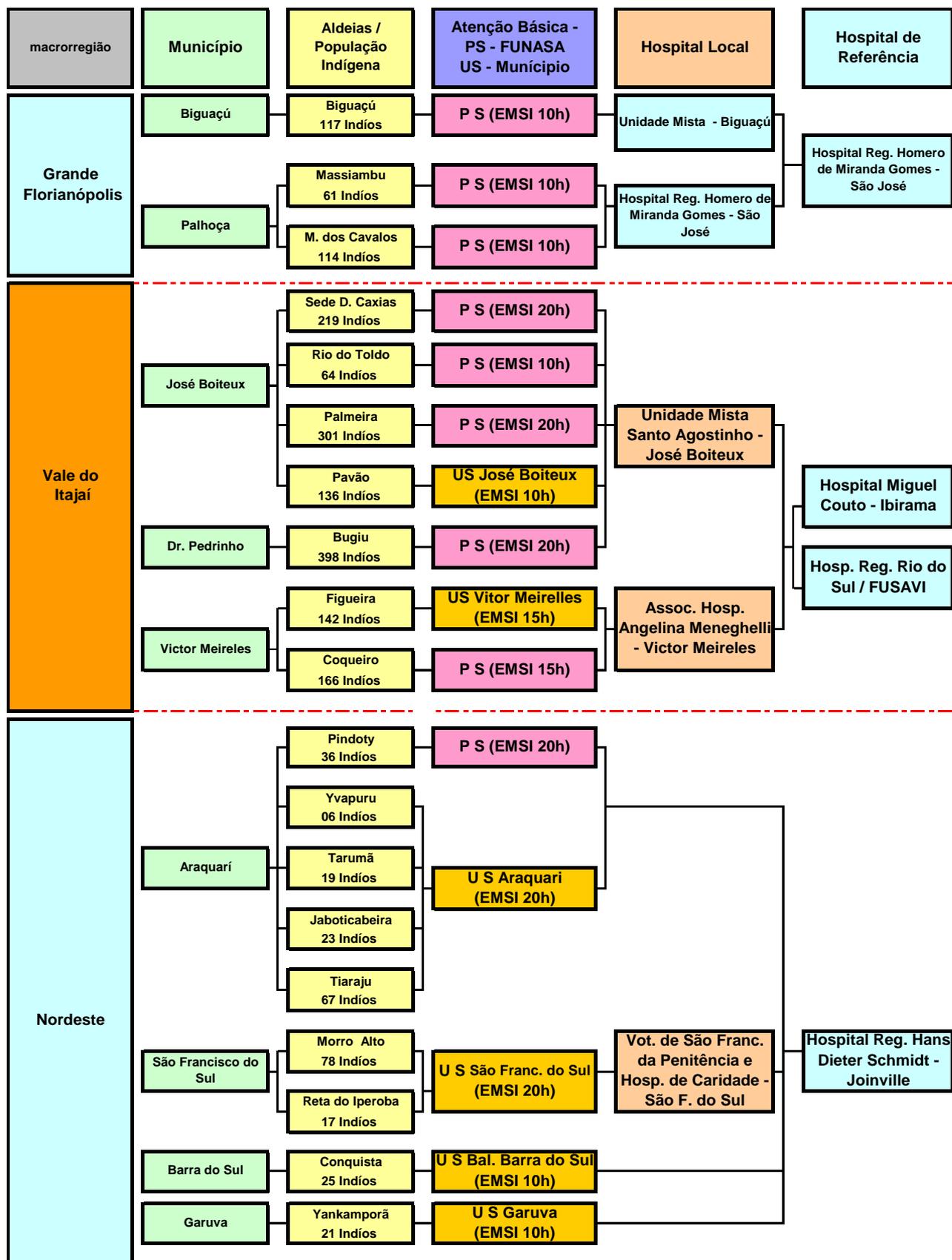
A presente proposta terá como fonte de financiamento os atuais recursos disponibilizados ao Subsistema, sob responsabilidade da FUNASA para custeio de ações nos níveis de atenção básica e média complexidade, atualmente repassados a prestadores de serviços sob convênio, no valor de R\$ 3.231.200,00, o equivalente a R\$ 400,00 per capita/ano. Este valor deverá ser repassado ao município que aderir à proposta, através de um plano de trabalho onde serão estabelecidas as atribuições, competências e respectivos custos (modelo anexo). Outrossim, o município disponibilizará do Fator de Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas previsto no PAB variável da Portaria GM nº 698 de 30 de março de 2006.

O atendimento hospitalar será custeado pela AIH, com código discriminador para a população indígena e pelo Incentivo para Assistência Ambulatorial Hospitalar e de Apoio a Diagnóstico à População Indígena (IAPI) previsto na Portaria Conjunta SE/SAS nº 12, de 02 de junho de 2000.

Os incentivos repassados à FUNASA pelo Ministério da Saúde, afim de apoiar ações em saúde de programas específicos, a exemplo do DST/AIDS na Portaria Conjunta SE/FUNASA nº1 de 22 de março de 2006 deverão ser igualmente repassados ao município que aderir a presente proposta.

**Figura 03:** Fluxo de referência para a atenção hospitalar





## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As especificidades do atendimento à população indígena devem ser observadas, inclusive nos aspectos próprios de cada etnia. Para tanto, o município deverá pactuar junto à FUNASA um plano de trabalho discriminando atribuições, metas e cronograma adequados à realidade local.

Caberá à SES o acompanhamento, controle e avaliação da atenção da média e alta complexidade, inclusive no controle das AIHS alocadas para o atendimento à população indígena. Neste último item, a SES deverá resguardar um percentual de AIHS para atendimento emergencial, nos casos de extrapolação do teto, até que se conheça a real necessidade de atenção hospitalar desta população.

A SES deverá solicitar ao DATASUS a inclusão da variável etnia nos bancos de dados de morbi-mortalidade existentes, para especificação do atendimento prestado à população indígena.

Considerando o fato de que as propostas aqui descritas interferirão na gestão municipal sugerimos a discussão da mesma junto às Câmaras Técnicas da Comissão Intergestora Bipartite para apreciação e inclusão de sugestões.

## ANEXOS

<b>Anexo 01</b> - Programação Pactuada Integrada - Média Complexidade	28
<b>Anexo 02</b> - Programação Pactuada Integrada - Alta Complexidade	37
<b>Anexo 03</b> - Fluxo de Atendimento à População Indígena Obedecido pela FUNASA para Média e Alta Complexidade	40
<b>Anexo 04</b> - Legislação Referente à Saúde Indígena	41

**Anexo 01**

**PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA - MÉDIA COMPLEXIDADE  
MACRORREGIÃO  
EXTREMO OESTE**

<b>Grupo</b>	<b>Abelardo Luz</b>	<b>Entre Rios</b>	<b>Ipuauçu</b>	<b>Chapecó</b>
<b>M1</b>				
7M1	Xanxere	Xanxere	Xanxere	Chapeco
	Chapeco		Chapeco	
8M1		Xanxere	Xanxere	Chapeco
10M1	Joinville	Joinville	Joinville	Chapecó
11M1	Xanxere	Xanxere	Xanxere	Chapeco
	Chapeco	Chapeco	Chapeco	Aguas Frias
	Joinville		Joinville	
	SES		SES	
13M1	Xanxere	Xanxere	Xanxere	Chapeco
	Chapeco	Chapeco	Chapeco	Sao Carlos
	Joinville	Joinville	Joinville	
	SES	SES		
14M1	Xanxere	Xanxere	Xanxere	Chapeco
	SES	Chapeco		
18M1		Xanxere	Xanxere	Chapeco
<b>M2</b>				
07 7c2	Xanxere	Xanxere	Xanxere	Chapeco
	SES	SES	SES	Palmitos
	Chapeco	Chapeco	Chapeco	Xanxere
	Joinville	Joinville	Joinville	SES
	Quilombo		quilombo	
	Ponte Serrada		ponte Serrada	
07 M2	Xanxere	Xanxere	Xanxere	Chapeco
	Chapeco	Chapeco		Palmitos
8M2	Xanxere	Xanxere	Xanxere	Chapeco
	SES	SES	SES	Aguas Frias
	Chapeco	Chapeco	Chapeco	
9M2	Xanxere	Xanxere	Xanxere	Chapeco
	Chapeco	Chapeco	Chapeco	
	SES		SES	
10M2	Joinville	Joinville	Joinville	
11M2	Xanxere	Xanxere	Xanxere	Chapeco
	Chapeco	Chapeco	Chapeco	
	SES	SES	Joinville	
	Joinville	Joinville	SES	
13M2	Xanxere	Xanxere	Xanxere	Chapeco
	Chapeco	Chapeco	Chapeco	Sao Carlos

	Joinville	Joinville	Joinville	
	SES			
14M2	Xanxere	Xanxere	Xanxere	Chapeco
	Chapeco		Chapeco	
	SES		SES	
17M2	Xanxere	Xanxere	Xanxere	SES
	SES	SES	SES	xanxere
	Chapeco	Chapeco	Chapeco	
18M2		Xanxere	Xanxere	Chapeco
19M2	Xanxere	Xanxere	Xanxere	
	SES	SES	SES	
	Chapeco	Chapeco	Chapeco	
<b>M3</b>				
07 7d3	Xanxere	Xanxere	Xanxere	Chapeco
	SES	SES	SES	SES
	Chapeco	Chapeco	Chapeco	
	Joinville	Joinville	Joinville	
07 M3	Xanxere	Chapeco	Xanxere	
		Xanxere		
8M3	Xanxere	Xanxere	Xanxere	Chapeco
	SES	Chapeco		
	Chapeco	SES		
10M3	Joinville	Joinville	Joinville	Chapeco
	SES	SES	SES	
11M3	Xanxere	Xanxere	Xanxere	Chapeco
	Chapeco	Chapeco	Chapeco	
	Joinville	SES	Joinville	
		Joinville	SES	
12M3	Joacaba	Joacaba	Joacaba	Chapeco
	Chapeco	SES	Chapeco	SES
	SES		SES	
13M3	Xanxere	Xanxere	Xanxere	Chapeco
	SES	Joinville	Joinville	
	Chapeco	Chapeco	Chapeco	
	Joinville	SES		
13M3(13c3)	Chapeco	Chapeco	Chapeco	Chapeco
	Xanxere		Xanxere	
	SES			
14M3	Xanxere	Xanxere	Xanxere	SES
	SES	SES	SES	Xanxere
17M3	Xanxere	Xanxere	Xanxere	Chapeco
	SES	SES	SES	SES
	Chapeco		Chapeco	Xanxere
19M3	Xanxere	Xanxere	Xanxere	Chapeco
	SES	SES	SES	

21M3	SES	SES	SES	SES
22M3	Chapeco	Chapeco	Chapeco	Chapeco
	Joinville	SES	Joinville	
	SES	Joinville	SES	

## MACRORREGIÃO

### MEIO OESTE

			SUL	PL. NORTE
Grupo	Calmon	Seara	Imaruí	Porto União
M1				
7M1		Chapeco	Imbituba	
8M1			Imbituba	
10M1	Videira			
11M1	Cacador	Chapeco	Imbituba	-
	SES	SES	SES	SES
13M1	Cacador	Chapeco		SES
14M1	Cacador		Tubarao	SES
18M1	Cacador		Imbituba	
M2				
07 7c2	Cacador	Concordia	Tubarao	Canoinhas
	SES	Chapeco	SES	Joinville
	Riod do Sul	SES	Criciuma	SES
07 M2	SES			Canoinhas
	Cacador		Criciuma	Joinville
8M2	Cacador		Tubarao	
	SES			
9M2	Cacador	Concordia	Tubarao	
	SES	Chapeco	Imbituba	
			SES	
10M2	SES		SES	SES
11M2	Cacador	Chapeco	Tubarao	SES
	SES	SES	SES	

13M2	Cacador	Chapeco	Tubarao	SES
	SES		SES	
14M2	Cacador	Concordia	Tubarao	SES
	SES	Chapeco	SES	
17M2	SES	Concordia	SES	SES
	Rio do Sul	SES	Criciuma	
18M2	Cacador		Imbituba	
19M2	SES		SES	
<b>M3</b>				
07 7d3	SES	Concordia	Tubarao	SES
		Chapeco	SES	Joinville
		SES	Criciuma	
07 M3	SES		Tubarao	
8M3	Cacador			SES
10M3	SES	Joinville	SES	SES
		SES		
11M3	Cacador	Chapeco	Tubarao	Joinville
	SES	SES	SES	SES
	Joacaba			
12M3	SES	Concordia	Tubarao	SES
	Joacaba	Chapeco	SES	
	Videira	Joacaba		
		SES		
13M3	Cacador	Concordia	Tubarao	SES
	SES	Chapeco	Laguna	
		Joinville		
		SES		
13M3(13c3)	Cacador		Laguna	Joinville
	SES			SES
14M3	SES	SES	Tubarao	SES
			SES	
17M3	SES	Concordia	Laguna	Joinville
		SES	Imbituba	SES
			SES	

19M3	SES	Concordia	SES	SES
		SES		
21M3	SES	SES	SES	SES
22M3	SES	Concordia	Tubarao	SES

**MACRORREGIÃO**

**VALE ITAJAÍ**

**G. FPOLIS**

<b>Grupo</b>	<b>José Boiteux</b>	<b>Vitor Meirelles</b>	<b>Biguaçu</b>	<b>Palhoça</b>
<b>M1</b>				
7M1	Ibirama	Ibirama	SES	SES
		Rio do Sul		
8M1	Ibirama	Rio do Sul	SES	SES
10M1	Ibirama		SES	SES
11M1	Ibirama	Ibirama	SES	
13M1	Presidente Getulio	Ituporanga	SES	SES
	Ibirama	Presidente Getulio		
		Ibirama		
14M1	Ibirama	Rio do Sul	SES	SES
18M1	Ibirama	Ibirama		SES
<b>M2</b>				
07 7c2	Ibirama	Ibirama	SES	SES
	Rio do Sul	Rio do Sul		
	SES	SES		
07 M2	Ibirama	Ibirama	SES	SES
	Rio do Sul	Rio do Sul		
	SES	SES		
8M2	Rio do Sul	Rio do Sul	SES	SES
	Ibirama			
9M2	Rio do Sul	Rio do Sul	SES	SES
10M2	Ibirama		SES	SES
11M2	Ibirama	Ibirama	SES	SES

13M2	Presidente Getulio	Ibirama	SES	SES
		Presidente Getulio		
14M2	Rio do Sul	Rio do Sul		
17M2	Rio do Sul	Rio do Sul	SES	SES
		SES		
18M2	Ibirama	Ibirama	SES	SES
19M2	Rio do Sul	Ibirama	SES	SES
<b>M3</b>				
07 7d3	Rio do Sul	Rio do Sul	SES	SES
	SES	SES		
		Ibirama		
07 M3	Rio do Sul	Rio do Sul	SES	SES
	Ibirama			
8M3	Rio do Sul	Rio do Sul	SES	SES
10M3	Rio do Sul	Rio do Sul	SES	SES
11M3	Ibirama	Ibirama	SES	SES
12M3	SES	SES	SES	SES
13M3	Ibirama	Ibirama	SES	
	Rio do Sul	Rio do Sul		
13M3(13c3)	Rio do Sul	Rio do Sul	SES	SES
14M3	Rio do Sul	Rio do Sul	SES	SES
17M3	Rio do Sul	Rio do Sul	SES	SES

	SES	SES		
19M3	SES	Rio do Sul	SES	SES
		SES		
21M3	SES	SES	SES	SES
22M3	Rio do Sul	Rio do Sul	SES	SES

## MACRORREGIÃO

### NORDESTE

Grupo	Araquari	Barra do Sul	Garuva	S. Fco do Sul
<b>M1</b>				
7M1	Joinville	Joinville	Joinville	
		Sao Francisco do Sul		
8M1		Joinville		
10M1			Joinville	Joinville
11M1	Joinville	Joinville		
13M1	Joinville	Joinville	Joinville	
	Sao Francisco do Sul	Sao Francisco do Sul		
14M1	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
18M1	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
<b>M2</b>				
07 7c2	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
	SES	Sao Francisco do Sul	Sao Bento do Sul	SES
		SES	Sao Francisco do Sul	
			SES	
07 M2	Joinville	Joinville	Joinville	SES
		Sao Francisco do Sul	Sao Bento do Sul	
			Sao Francisco do Sul	
8M2	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
	SES	SES	SES	SES
9M2	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
	SES			SES
10M2	SES	SES	SES	SES

11M2	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
	SES	SES	SES	SES
13M2	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
14M2	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
17M2	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
			SES	
18M2	Joinville	Joinville		Joinville
19M2	Joinville	Joinville	Joinville	SES
	SES	SES	SES	
<b>M3</b>				
07 7d3	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
	Sao Francisco do Sul	SES	SES	SES
	SES			
07 M3	Sao Francisco do Sul	Joinville	Joinville	Joinville
8M3	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
10M3	SES	SES	SES	SES
11M3	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
	SES	SES	SES	SES
12M3	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
	SES			
13M3	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
	SES		SES	
13M3(13c3)	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
			SES	SES
14M3	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville

17M3	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
	SES	SES	SES	SES
19M3	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
	SES	SES	SES	SES
21M3	SES	SES	SES	SES
22M3	Joinville	Joinville	Joinville	

**Anexo 02****PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA - ALTA COMPLEXIDADE****MACRORREGIÃO****EXTREMO OESTE**

<b>Grupo</b>	<b>Abelardo Luz</b>	<b>Entre Rios</b>	<b>Ipuaçu</b>	<b>Chapecó</b>
11AC	Chapeco	Chapeco	Chapeco	Chapeco
13AC	SES	SES	SES	SES
19AC	Chapeco	Chapeco	Chapeco	Chapeco
26AC	Xanxere	Xanxere	Xanxere	SES
28AC	Chapeco	Chapeco	Chapeco	Chapeco
29AC INF	SES	SES	SES	SES
29AC LEU	Chapeco	Chapeco	Chapeco	Chapeco
29AC	Chapeco	Chapeco	Chapeco	Chapeco
31AC	SES	SES	SES	SES
	Joacaba	Joacaba	Joacaba	Joacaba
31AC RAD	SES	SES	SES	SES
	Joacaba	Joacaba	Joacaba	Joacaba
31AC QUI	SES	SES	SES	SES
	Joacaba	Joacaba	Joacaba	Joacaba
32AC	SES	SES	SES	Chapecó
	Chapeco	Chapeco	Chapeco	
33AC	SES	SES	SES	SES
35AC	Chapeco	Chapeco	Chapeco	Chapeco
35AC RAD	Chapeco	Chapeco	Chapeco	Chapeco
35AC QUI	Chapeco	Chapeco	Chapeco	Chapeco
37AC	Xanxere	Xanxere	Xanxere	SES
37AC TRANS	Xanxere	Xanxere	Xanxere	Chapecó
37AC SOR1	SES	SES	SES	SES
37AC SOR2	SES	SES	SES	SES

**MACRORREGIÃO****MEIO OESTE**

<b>Grupo</b>	<b>Calmon</b>	<b>Seara</b>	<b>SUL</b>	<b>PL. NORTE</b>
			<b>Imarú</b>	<b>Porto União</b>
11AC	Chapeco	Chapeco	SES	Joinville
13AC	SES	SES	SES	Joinville
19AC	Joacaba	Joacaba	Tubarao	Joinville
26AC	Rio do Sul	SES	Criciuma	SES
28AC	Chapeco	Chapeco	Criciuma	SES
29AC INF	SES	SES	SES	Joinville

29AC LEU	SES	Chapeco	SES	SES
			Criciuma	
29AC	SES	Chapeco	SES	SES
			Criciuma	
31AC	SES	SES	Tubarao	Joinville
	Joacaba	Joacaba		
31AC RAD	SES	SES	SES	SES
	Joacaba	Joacaba	Criciuma	
31AC QUI	SES	SES	SES	SES
		Joacaba	Criciuma	
32AC	SES	SES	SES	Joinville
33AC	SES	SES	SES	SES
35AC	Cacador	Concordia	Tubarao	
35AC RAD	Chapeco	Chapeco	SES	SES
35AC QUI	SES	Chapeco	SES	SES
			Criciuma	
37AC	SES	Concordia	SES	Canoinhas
37AC TRANS	Curitibanos	Seara	Imbituba	Canoinhas
37AC SOR1	SES	Concordia	SES	SES
37AC SOR2	SES	SES	SES	SES

**MACRORREGIÃO  
VALE ITAJAÍ**

<b>Grupo</b>	<b>José Boiteux</b>	<b>Victor Meirelles</b>	<b>Biguaçu</b>	<b>Palhoça</b>
11AC	Blumenau	Blumenau	SES	SES
13AC	SES	SES	SES	SES
19AC	Itajai	Itajai	SES	SES
	Blumenau	Blumenau		
26AC	Rio do Sul	Rio do Sul	SES	SES
28AC	Blumenau	Blumenau	SES	SES
29AC INF	SES	SES	SES	SES
29AC LEU	SES	SES	SES	SES
29AC	SES	SES	SES	SES
31AC	Blumenau	Blumenau	SES	SES
31AC RAD	Blumenau	Blumenau	SES	SES
31AC QUI	SES	SES	SES	SES
32AC	Blumenau	Blumenau	SES	SES

**G. FPOLIS**

33AC	SES	SES	SES	SES
35AC	Rio do Sul	Rio do Sul	SES	SES
35AC RAD	Blumenau	Blumenau	SES	SES
35AC QUI	SES	SES	SES	SES
37AC	Rio do Sul	Rio do Sul	SES	SES
37AC TRANS	Rio do Sul	Rio do Sul	SES	SES
37AC SOR1	SES	SES	SES	SES
37AC SOR2	SES	SES	SES	SES

**MACRORREGIÃO  
NORDESTE**

<b>Grupo</b>	<b>Araquari</b>	<b>Barra do Sul</b>	<b>Garuva</b>	<b>S.Fco do Sul</b>
11AC	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
13AC	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
19AC	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
26AC	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
28AC	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
29AC INF	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
29AC LEU	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
29AC		Joinville	Joinville	Joinville
31AC	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
31AC RAD	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
31AC QUI	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
32AC	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
33AC	SES	SES	SES	SES
35AC	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
35AC RAD	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
35AC QUI	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
37AC	SES	SES	SES	SES
37AC TRANS	Joinville	Joinville	Joinville	Joinville
37AC SOR1	SES	SES	SES	SES
37AC SOR2	SES	SES	SES	SES

**FLUXO DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO INDÍGENA OBEDECIDO PELA FUNASA  
PARA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE**

**MACRORREGIÃO****EXTREMO OESTE**

Referência	Abelardo Luz	Entre Rios	Ipuacu	Chapecó
Xanxerê	X	X	X	
Chapecó			X	X

**MACRORREGIÃO****MEIO OESTE****SUL****PL. NORTE**

Referência	Seara	Imaruí	Porto União
Chapecó	X		
Florianópolis		X	
Porto União			X

**MACRORREGIÃO****VALE ITAJAÍ****G. FPOLIS**

Referência	José Boiteux	Victor Meirelles	Biguaçu	Palhoça
Ibirama	X	X		
Blumenau	X	X		
Rio do Sul	X	X		
Florianópolis	X	X	X	X

**MACRORREGIÃO****NORDESTE**

Referência	Araquari	Barra do Sul	Garuva	S.Fco do Sul
Joinville	X	X	X	X
São Francisco do Sul				X

## LEGISLAÇÃO REFERENTE À SAÚDE INDÍGENA

<b>1999</b>			
<b>Data</b>	<b>Número</b>	<b>Tipo</b>	<b>Conteúdo</b>
14/09/1999	1.163/GM	Portaria	Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências.
27/08/1999	3156	Decreto	Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nº 564, de 8 de junho de 1992, e nº 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências.
<b>2000</b>			
<b>Data</b>	<b>Número</b>	<b>Tipo</b>	<b>Conteúdo</b>
02/07/2000	12/SE e SAS	Portaria Conjunta	Fixa os valores adicionais, destinados ao pagamento do IAPI, para os Estabelecimentos de Saúde e estabelece que o financiamento dos valores adicionais do IAPI será de responsabilidade do Ministério da Saúde e executado pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC
<b>2002</b>			
<b>Data</b>	<b>Número</b>	<b>Tipo</b>	<b>Conteúdo</b>
31/01/2002	254/GM	Portaria	Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.
19/02/2002	33	Medida Provisória	Dispõe sobre os Sistemas Nacionais de Epidemiologia, de Saúde Ambiental e de Saúde Indígena, cria a Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças - Apec, e dá outras providências.
04/03/2002	382/GM	Portaria	Ratifica o conteúdo das Normas de Financiamento de Programas e Projetos mediante a Celebração de Convênios, com o Ministério da Saúde e Fundação Nacional de Saúde - Funasa. Republicada no DO 45, de 7/3/02, por ter saído com incorreção do original. Republicada no DO 47, de 11/3/02, por ter saído com incorreção do original.
<b>2004</b>			
<b>Data</b>	<b>Número</b>	<b>Tipo</b>	<b>Conteúdo</b>
20/01/2004	70/GM	Portaria	Aprova diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Define as diretrizes do modelo de gestão e as competências dos órgãos envolvidos na gestão da atenção à saúde indígena
22/04/2004	747/MS	Portaria	Estabelece normas e procedimentos para concessão e aplicação de Suprimento de Fundos Especial, para atender às especificidades decorrentes da assistência à saúde indígena, a serem observados pela <b>Funasa</b> .
22/7/2004	12/ SE e FUNASA	Portaria Conjunta	Aprovam a descentralização de dotações orçamentárias e recursos financeiros objetivando a viabilização e o apoio à execução das ações de prevenção e controle da malária em áreas indígenas, através da Fundação Nacional de Saúde.
<b>2005</b>			
<b>Data</b>	<b>Número</b>	<b>Tipo</b>	<b>Conteúdo</b>
22/02/2005	01/MS e FUNASA	Portaria Conjunta	Aprova a descentralização de dotações orçamentárias e recursos financeiros objetivando o apoio às ações de saúde pertinentes a execução do Projeto de Implantação do

			Programa de DST/Aids nos 34 Distritos Sanitários Indígenas, especificamente das ações de Prevenção e Assistência em saúde às populações indígenas, através da Fundação Nacional de Saúde.
04/07/2005	1081/GM	Portaria	Qualifica os municípios a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde.
22/09/2005	1.721	Portaria	Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS. Inclui o IAPI nos recursos financeiros destinados à implantação do Programa.
21/10/2005	08/ SE e FUNASA	Portaria Conjunta	Aprova a descentralização de dotações orçamentárias e recursos financeiros objetivando a viabilização e o apoio à execução das ações de controle da malária em áreas indígenas, através da <b>Funasa</b> , visando o fortalecimento do SUS, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde.
11/11/2005	635	Portaria	Publica o Regulamento Técnico para a implantação e operacionalização do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS.
<b>2006</b>			
<b>Data</b>	<b>Número</b>	<b>Tipo</b>	<b>Conteúdo</b>
22/03/2006	01/SE e FUNASA	Portaria	Aprova a descentralização de dotações orçamentárias e recursos financeiros objetivando apoio às ações pertinentes a execução do projeto de implantação do programa DST/AIDS nos 34 Distritos Sanitários Indígenas, especificamente das ações de Prevenção e Assistência em AIV/AIDS e outras DSTs nas populações indígenas.
27/03/2006	644/GM	Portaria	Institui o Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.
27/03/2006	645/GM	Portaria	Institui o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde.
27/03/2006	646/GM	Portaria	Institui o Prêmio Mostra Nacional de Produção em Saúde Indígena/2006
03/04/2006	698/GM	Portaria	Define o custeio das ações de saúde e de responsabilidades das três esferas de gestão do SUS, observando o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Define fator de incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas na composição do PAB variável