

CEDI - P. I. B.
DATA 03, 06, 93
COD. F20 00017



Fundação Nacional do Índio
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

*USE FAÇA
DA NECESSÁRIA
ESPECIFICIDADE*

*do planejamento
essencial das ações de
saúde em áreas indígenas*

MODELO PROPOSTO PARA O SISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA

Atenção à Saúde

A atenção à saúde das populações indígenas será efetuada através de uma rede de complexidade crescente, que terá seu início nas aldeias e postos indígenas da FUNAI, e que, por intermédio dos serviços de saúde das Administrações Regionais (ADR's), integrar-se-á à rede das unidades de prestação de serviços do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Esta estrutura deverá assegurar o provimento das ações preventivas e curativas nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde, mediante a execução regular e sistemática de atividades de:

- a) promoção da saúde;
- b) proteção específica;
- c) diagnóstico precoce;
- d) tratamento oportuno;
- e) prevenção de seqüelas;
- f) reabilitação do doente.

As atividades deverão ser executadas conforme normas e procedimentos técnicos previamente estabelecidos e padronizados. Como se vê, não se trata de um modelo idealizado com vistas a ser gerenciado no âmbito restrito da FUNAI. Trata-se, pelo contrário, de um sistema aberto. Na verdade, um componente do Sistema Nacional de Saúde, cujo funcionamento deverá ser coerente com a filosofia do Sistema Único de Saúde (SUS). Nele, ao contrário do enfoque que tradicionalmente tem norteado a atuação da FUNAI, a intervenção no processo saúde-doença dar-se-á, prioritariamente, no nível primário de atenção à saúde. Aqui, as ações têm como finalidade maior evitar o aparecimento das doenças e prevenir a ocorrência de epidemias e de agravos inusitados à saúde.



Fundação Nacional do Índio
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

2

como?

Para a implantação deste modelo, haverá necessidade de uma mudança radical na mentalidade e na postura dos profissionais que hoje conduzem as ações de saúde no âmbito da FUNAI. E não apenas destes, mas também dos que integram os órgãos federais, estaduais e municipais componentes do setor saúde. Disto, deverá resultar o entendimento de que a saúde do índio não é uma questão privativa da FUNAI, tratando-se pelo contrário, de responsabilidade do Estado, e devendo por conseguinte, ser garantida pelo acesso efetivo do indígena ao Sistema Único de Saúde, respeitando a diversidade cultural, bem como sua participação como membro efetivo em todos os níveis de decisão.

na perspectiva do SUS

No que respeita especificamente ao profissional da FUNAI, a revisão do papel que até hoje lhe foi atribuído deverá resultar uma atitude crítica em relação à situação de saúde das comunidades indígenas; numa busca permanente de compreensão da realidade, objeto do seu trabalho e dos fatores que condicionam e/ou determinam essa realidade. Em outras palavras, será necessário que esse profissional seja reciclado a partir de um enfoque epidemiológico e cultural das populações assistidas num contexto de participação ampla, junto ao SUS, assegurando-se a representação paritária nos Conselhos de Saúde, objetivando a integração plena com o Sistema, complementando-se, naturalmente, as atividades assistenciais onde a rede pública ou contratada for insuficiente ou inexistente. Há que se reconhecer, também, que as intervenções no nível primário e secundário sobre populações étnica e culturalmente diferenciadas, exigem um conhecimento acurado da realidade com que se trabalha.

quais preceitos?

Essa tarefa não se completa sem uma interação do conhecimento antropológico e das práticas de saúde indígena seguindo os preceitos da antropologia médica, constituindo um acervo de vivências que irá influenciar de modo decisivo no planejamento e na avaliação dessas ações.

Evidente que um modelo de atenção à saúde que tenha uma fundamentação científica traz consigo várias outras exigências. Assim, se por um lado torna-se imprescindível a execução regular e sistemática de atividades de assistência a saúde, por outro, o planejamento dessas ações deve obedecer a um comando único, como condição fundamental para garantir a execução, avaliação e controle das intervenções realizadas. Estas exigências, como outras que posteriormente serão exteriorizadas, não podem, contudo, ser atendidas sem que se tenha a clara compreensão de que as ações de saúde conduzidas pela FUNAI não são ações isoladas, nem se passam à margem do Sistema Nacional de Saúde; muito embora, na prática, este

o planejamento para o entalor os níveis de descentralizado (SILOS) sendo que o Ministério Central tem competência para a utilização de recursos



Fundação Nacional do Índio
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
unidade regional

em apenas 1 segundo
a filosofia do SUS
segundo a
estrutura administrativa
3

entendimento tenha orientado a postura atual de muitos dos componentes do setor. Para romper, portanto, com a lógica prevalente ainda hoje e resgatar integralmente a responsabilidade do Estado para com a saúde das populações indígenas, é mister que tanto as atividades de vigilância epidemiológica quanto a atenção à saúde dessas populações sejam conduzidas segundo a filosofia do SUS.

Isto irá demandar das unidades de saúde da FUNAI, em suas Administrações Regionais, um trabalho articulado com as unidades de vigilância epidemiológica (UVE) de sua área, com as ONGs, Missões Religiosas e com os Conselhos Municipais de Saúde. Uma decorrência lógica disto, seria a participação da FUNAI (ADR's) na elaboração dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, como também implicará em se assegurar a representação desses conselhos, da FUNAI, enquanto prestadora de serviços pelo lado governamental e, fundamentalmente, dos representantes dos índios, na condição de beneficiário, que devem exercer o controle sobre o sistema, como previsto na legislação.

Em âmbito nacional pretende-se que a coordenação das ações de saúde nas áreas indígenas deva estar a cargo de uma unidade técnica, constituída por uma equipe multidisciplinar que satisfaça ou atenda a complexidade do sistema, sendo vinculada ao setor saúde, portanto com respaldo das prerrogativas de normatização e com atribuições de controlar as atividades que se desenvolvem, nos níveis hierarquicamente subordinados. A nível regional, a instância de coordenação deverá estar a cargo de unidades de saúde existentes no organograma das Administrações Regionais, as quais deverão estar integradas ao SUS em cada regional.

Os componentes das equipes deverão ter tempo integral e dedicação exclusiva, exigindo-se período probatório e compromisso expresso de exclusividade e de ressarcimento por investimento em capacitação; neste último caso, quando o profissional solicitar dispensa antes de decorrido um determinado período após a sua formação.

A nível local, serão executadas, basicamente, as atividades de promoção à saúde e de proteção específica, deverão ter suas ações a cargo de pessoal auxiliar de saúde (monitores, auxiliares de enfermagem, agentes sanitários e outros) em interação e/ou com participação efetiva nos Planos Municipais de Saúde, observando as peculiaridades etno-culturais e diferentes graus de interação com a sociedade envolvente. O apoio operacional a este nível, deverá ser incumbência das unidades de saúde das Administrações Regionais (ADR/FUNAI), que abrigarão uma equipe

DSU
como
do sistema
SUS
prestando
serviços
de saúde

requerendo
múltiplas
ESR/FUNAI

como?

Plano Diretor



Fundação Nacional do Índio
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

minimamente constituída por médico (clínico geral), enfermeira, odontólogo, técnico de laboratório e assistente social. Os três primeiros, deverão ter curso básico de vigilância epidemiológica, sendo desejável que, pelo menos a médio prazo, o médico e a enfermeira tenham formação técnica em saúde pública.

Atualmente os profissionais de saúde aguardam passivamente a demanda da população indígena. Com o fortalecimento e reestruturação das equipes de saúde (volantes) essa atenção deverá assumir um caráter efetivo, permanente e regular, no que deverá resultar, a médio prazo, uma diminuição dos atendimentos emergenciais e episódicos. As visitas regulares às áreas indígenas terão como objetivo não só atender à demanda espontânea da população, mas também, e principalmente, trabalhar necessidades não sentidas, identificando os problemas e suas causas. O desenvolvimento de ações preventivas, notadamente de atividades de promoção de saúde e de proteção específica, deverá ser o eixo central da atuação das equipes de saúde e a vertente que contribuirá efetivamente para mudar a realidade de saúde nas áreas.

Esta claro que o sucesso de modelo aqui delineado dependerá de inúmeros fatores, e não apenas de mera existência de uma estrutura adequada. Considera-se, portanto, que a melhoria efetiva das condições de saúde e de saneamento das comunidades indígenas está estreitamente relacionada, se não dependente, das seguintes premissas:

1q) adoção e defesa de uma política de saúde para as populações indígenas;

2q) adoção de uma política de recursos humanos que defina critérios para seleção, admissão, manutenção, capacitação e promoção de pessoal, assumindo-se que o pessoal envolvido nas ações de saúde estará sujeito a regime de tempo integral e dedicação exclusiva;

3q) respeito pela língua, tradição, costumes, religião, enfim, pela cultura das populações indígenas; o que implica inclusive no reconhecimento e promoção de práticas da medicina tropical;

4q) promoção de programas de transferências de tecnologia e de fornecimento de implementos agrícolas;

mento sem remunerar (de more ou não) e não idêntico

o problema é transitório

é que a FUNAI remunerará o profissional

medicina tropical?



Fundação Nacional do Índio
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Quem seriam?
5



5p) garantia e efetiva proteção das terras ocupadas pelos Índios.

como?

Finalmente, deve-se ter em conta, que o modelo ora proposto implica na definição de mecanismos de referência e contra-referência, assegurando-se a cobertura dos custos, sabidamente elevados, de modo a permitir o encaminhamento, para unidades pré-determinadas, daqueles casos cujo atendimento não possa ser feito a nível de postos indígenas e Administrações Regionais. Esses casos serão, posteriormente, contra-referenciados para continuidade do tratamento em postos e aldeias. A definição de unidades de referência possibilitará o estabelecimento de condições para que o atendimento ao indígena tenha em conta suas peculiaridades sócio-econômicas e culturais.

A Vigilância Epidemiológica

A execução regular e sistemática de atividades de vigilância epidemiológica que orientem as ações de prevenção e controle de doenças em comunidades indígenas, deverá ser introduzida em todas as unidades da FUNAI, a partir de infra-estrutura material e de recursos humanos hoje disponível, que, para isto, necessitará ser devidamente adaptada e ampliada. Essas atividades deverão ser realizadas a partir de postos e aldeias indígenas onde existam unidades de atenção à saúde.

A partir de postos e aldeias deverão ser feitas as notificações de casos de doenças para os serviços de saúde das Administrações Regionais, que, ao mesmo tempo em que deflagram as ações exigidas para prevenir ou controlar eventuais surtos epidêmicos (investigação epidemiológica, vacinações de bloqueio, tratamento, borrifações ou outras) notificam as unidades de vigilância epidemiológica das Secretarias Estaduais de Saúde em cuja jurisdição se encontram.

Conclui-se, portanto que as Unidades de Vigilância Epidemiológica das SES constituirão elo de integração do serviço de saúde da ADR/FUNAI ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, via subsistema das Unidades Federadas. Esta integração deverá resultar em uma mudança na compreensão do papel e das responsabilidades que têm as unidades integrantes do Sistema Nacional de Saúde na promoção de saúde das comunidades indígenas. Como decorrência, a ação isolada da FUNAI frente a epidemias e/ou agravos à saúde do Índio deverá se converter em prática excepcional.

e da FUNAI...

deveria ser enfatizada a integração ao sistema de vigilância (e ainda informações)



Fundação Nacional do Índio
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

6

*de que modo?
relatório administrativo à FUNAI?*

É importante ressaltar que, frente a surtos epidêmicos de doenças controladas pela SUCAM ou daquelas que sejam objeto de programas especiais, como o Programa Nacional de Imunizações (PNI), por exemplo, a ação dos serviços de saúde das ADR's/FUNAI deverá ocorrer, necessariamente, com o envolvimento das áreas que, na FNS e SES, são responsáveis pelas ações específicas de controle das enfermidades.

Simultaneamente à realização da notificação às Secretarias de Saúde, os serviços de saúde das ADR's/FUNAI informarão à instância de nível central, ligada ao Setor Saúde.

As informações consolidadas ao nível central serão canalizadas periodicamente para efeito de acompanhamento, ao Centro Nacional de Epidemiologia - CNEP.

Na base do sistema, o notificante (auxiliar de enfermagem ou monitor de saúde) constitui a primeira instância de geração de dados, vindos, imediatamente após, a equipe de saúde da ADR, formada por médico (clínico geral), enfermeira, odontólogo e técnico de laboratório. Esta equipe, que constitui o serviço de saúde da ADR, também integra o segmento produtor de dados do SVE - Sistema de Vigilância Epidemiológica, independentemente do papel que lhe é reservado na programação, execução, acompanhamento e avaliação das ações de saúde conduzidas nos postos e aldeias de sua jurisdição. Evidente que, para o bom funcionamento do sistema, é imprescindível que seus integrantes tenham dele perfeito conhecimento, estando ainda devidamente capacitados e motivados para o desempenho das tarefas que lhes dizem respeito. O treinamento dos notificantes deverá ser, portanto, programado e realizado paulatinamente.

Os integrantes das equipes de saúde das ADR's deverão ser também submetidas a cursos básicos de vigilância epidemiológica, utilizando-se para tanto o material didático já elaborado pela Escola Nacional de Saúde Pública e Centro Nacional de Epidemiologia do MS. Os cursos serão ministrados a nível das Administrações Regionais e contarão com a participação de monitores do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.

Levando em consideração o perfil dos profissionais que deverão integrar o sistema, e observando o nível de atuação de cada um, a FUNAI deverá propiciar o acesso a cursos básicos de Saúde Pública e outros de importância para o adequado desempenho da vigilância epidemiológica.

Integrando efetiva apenas como segmento produtor de dados do SVE?



Fundação Nacional do Índio
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

7

Capacitação de Recursos Humanos

Para o bom funcionamento do sistema de atenção à saúde das populações indígenas, será necessário preparar o pessoal encarregado das ações em todos os níveis.

70% e acima indígenas?

1º) Os médicos clínicos, odontólogos e enfermeiras necessitarão ser treinados em cursos básicos de vigilância epidemiológica, com duração de 10 dias, que darão condições a estes profissionais para realizar ações técnicas e administrativas de controle dos principais problemas de saúde nas áreas indígenas. Paulatinamente se irá dando oportunidade a alguns técnicos para que participem em Cursos Básicos de Saúde Pública.

2º) Os laboratoristas da FUNAI deverão ser reciclados com o apoio da FNS e Secretarias Estaduais de Saúde.

3º) Os atendentes de enfermagem deverão ser habilitados na categoria de auxiliares de enfermagem de acordo com o Decreto 94.406, de 08.06.87, que regulamenta o exercício da Enfermagem.

4º) Os monitores de saúde deverão ser reciclados em técnicas de atendimento de primeiros socorros, promoção de saúde, registros demográficos.

Os cursos serão realizados a nível regional com a participação de técnicos da FUNAI e do Sistema Nacional de Saúde, de modo a capacitar o pessoal para as seguintes atribuições nos níveis:

NÍVEL CENTRAL - Coordenação e Normatização Nacionais

- Programação
- Supervisão/Acompanhamento
- Avaliação



Fundação Nacional do Índio
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

8

NÍVEL REGIONAL - ADR (Execução das atividades a nível regional)

- Programação Regional

- Acompanhamento

- Execução

- atendimento direto preventivo assistencial (médico, odontológico, enfermagem, em Casa do Índio)

— e toda a carga da FUNAI?

PIN E ALDEIAS - (Execução das atividades a nível local)

- Execução

- atendimento direto de enfermagem
- primeiros socorros
- educação/saúde
- encaminhamento à Casa do Índio e/ou Rede Oficial de saúde

OBS: A quantidade de profissionais dependerá das características e peculiaridades de cada unidade administrativa.

O modelo proposto tem como base legal os seguintes documentos:

1) Lei nº 6.001 de 19.12.73
Título V

*→ V. PL 2073/91
Estatuto do Índio*

Art. 54 - Os índios têm direito aos meios de proteção à saúde, facultados à comunhão nacional.



Fundação Nacional do Índio
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

9

Parágrafo Único - Na infância, na maternidade, na doença e na velhice, deve ser assegurada ao silvícola especial assistência dos poderes públicos, em estabelecimentos a esse fim destinados.

2) Convênio nº 169

Sobre povos indígenas e tribais em países independentes - 1989
CIAT - série "Documentos" - página 20 - artigo 25:

Art. 25 - Os governos deverão velar para que se coloque à disposição dos povos interessados, serviços de saúde adequados ou proporcionais a estes povos os meios que permitam organizar e prestar tais serviços, sob sua própria responsabilidade e controle com a finalidade de gozar o máximo nível de saúde física e mental.

2. Os serviços de saúde deverão organizar-se a nível comunitário, na medida do possível. Estes serviços deverão planejar-se e administrar-se com a cooperação dos povos interessados e ter em conta suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, assim como seus métodos de prevenção e práticas curativas e medicamentos tradicionais.
3. O sistema de assistência sanitária deverá dar preferência à formação e ao emprego de "pessoal" sanitário e da comunidade local, e centralizar-se nos cuidados primários de saúde, mantendo ao mesmo tempo vínculo com os demais níveis de assistência sanitária.
4. A prestação de serviços de saúde deverá coordenar-se com as demais medidas sociais, econômicas e culturais que se tem no país.

3) Resolução CIPLAN nº 09 de 22/11/88
Publicada no Diário Oficial da União - 1/12/88

... "Considerando que a questão de saúde indígena não diz respeito apenas ao órgão tutor - FUNAI/MINTER - mas é uma questão que afeta também os outros organismos setoriais, e de responsabilidade de toda a sociedade".



Fundação Nacional do Índio
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Estánto de atualização
11.10

Resolução CIPLAN nº 04 de 13/07/89

a.1 ... "Além das comissões técnicas, poderão funcionar grupos Especiais, subordinados às comissões, para tratar de assuntos específicos, como saúde do índio, saúde dos presidiários, etc.

4) Constituição Federal

Seção II da Saúde

Art. 196 - "A saúde é um direito de **todos** e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário** às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

CEDI - P. I. B.
DATA
COD. F. 200/12

Informação sobre política de Saúde Indígena e a atuação da FNS

A iniciativa de estruturar serviços de saúde para as populações indígenas brasileiras deu-se pelo Ministério da Saúde, ainda a época do extinto "Serviço de Proteção aos Índios", através das Unidades Sanitárias Aéreas, antigo SUSA.

Com a criação da Fundação Nacional do Índio -FUNAI- em 1967 - esta, progressivamente, responsabiliza-se pelas ações sanitárias para todas as etnias indígenas, somando esta responsabilidade a todas as demais inerentes à natureza do órgão indigenista (demarcação de terra, assistência -jurídica, educação, atividades extrativas, e produtivas, etc.)

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, concluiu-se que a situação de saúde enfrentada pelos povos indígenas deveria ter sua superação pela assunção desta responsabilidade pelo Ministério da Saúde através de uma secretaria específica para este fim.

Esta Secretaria não foi implantada até que no final da década de 1980 frente ao agravamento da situação sanitária indígena, e em particular à iminência de um genocídio do povo Yanomami, causado principalmente, pela maciça invasão de seus territórios por garimpeiros, o Ministério da Saúde é instado a assumir a assistência a essa situação.

O novo balizamento político-jurídico decorrente da Constituição de 1988 leva à formulação de decretos que reordenam a responsabilidade pela assistência às populações indígenas nos setores técnicos específicos, dentre estes decretos, o de nº 23 determina que a saúde indígena é responsabilidade do Ministério da Saúde executada pela F.N.S., recém criada, em articulação com o órgão indigenista oficial e demais instituições envolvidas com a questão indígena. Para assumir esta responsabilidade, foi criada a COSAI, vinculada ao Departamento de Operações.

À COSAI cabe, sobretudo, consolidar um espaço institucional capaz de incorporar os princípios do indigenismo, como base para a definição de estratégias e ações de saúde para os índios. Esse espaço institucional vem sendo construído gradativamente, com todas as dificuldades da administração pública para adaptar os meios administrativos à especificidade do perfil sanitário das populações indígenas.

O desafio consiste em lidar com uma enorme escassez de recursos humanos especializados e suficientes para estruturar minimamente os serviços de saúde.

Apesar de formalmente responsável pela saúde indígena desde fevereiro de 1991 (Decreto 23) a COSAI só tem contado com recursos orçamentários a partir de 1992.

Inicialmente, a COSAI responsabilizou-se por quatro projetos (Xingú, Ticuna, Kaiowá e Yanomami)

A atuação deu-se na busca da articulação com várias instituições atuando na área, para viabilizar o melhor aproveitamento possível de recursos financeiros, humanos e técnicos, pela discussão e formulação de modelos especiais de assistência à saúde indígena, com base na concepção de Distritos Sanitários voltados para a etnia.

Esse modelo permite a estruturação dos sistemas locais sob responsabilidade da união.

A necessidade de construção de modelos específicos para as comunidades indígenas responde ao ^{preceito} ~~preceito~~ legal de resguardar esses povos dos interesses locais e regionais e as particularidades culturais e epidemiológicas.

Para viabilizar esses modelos a COSAI procura estruturar suas ações através das Coordenações Regionais da F.N.S e Administrações Regionais da FUNAI -ADR/FUNAI, em parceria também com Organizações Não Governamentais -ONG's-.

No caso do Distrito Sanitário Yanomami, a FNS conseguiu contratar por Processo Seletivo Simplificado, pessoal para fazer frente ao quadro grave de saúde.

Estes contratos terminam em 15 de dezembro próximo vindouro.

Esta linha de atuação tem sido seguida pelo esforço de atendermos as inúmeras situações de emergência verificadas entre as populações indígenas.

O órgão indigenista oficial não dispõe hoje de recursos suficientes, levando-o a exigir da F.N.S, providências imediatas entre as quais compra de medicamentos e equipamentos para emergência (como no caso do cólera) mas, sobretudo, tem sido instada a cobrir as despesas contraídas pela FUNAI ainda na sua forma tradicional de atuar em saúde.

Principais ações: Discussão e formulação dos modelos de atenção a saúde na forma de seminários, discussões internas e reuniões nas áreas indígenas com a participação das entidades envolvidas com a causa.

Discussão nas Coordenadorias Regionais da F.N.S para consolidação de núcleos interinstitucionais de saúde indígena, como meio de assegurar apoio técnico e administrativo específico para a saúde indígena.

e qual?

→ como está a definição das bolsas?

Elaboração de definição de processos de Capacitação de Recursos Humanos para atuação em área indígena, incluindo o programa de treinamento de Agentes de Saúde Indígenas. (Procedimentos administrativos (como definição das bolsas de estudo); elaboração de conteúdos programáticos; instrumentos técnicos de avaliação e acompanhamento.

Organização e acompanhamento técnico-jurídico pela COSAI da cooperação prestada ou recebida pela FNS de instituições internacionais, para área indígena. (informar a respeito)

Desenvolvimento de Sistema de informação em saúde indígena.

Viabilização de construção de infra-estrutura física de saúde.

Estruturação da Vigilância epidemiológica do Cólera em áreas indígenas de risco.

Atividades de Saneamento Básico em áreas indígenas dos estados do Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Sergipe, Alagoas e Maranhão, principalmente captação de água potável.

Acompanhamento técnico-jurídico de oferta de cooperação internacional. (Quem arca com isso?)

Rediscussão da política de controle da tuberculose das populações indígenas junto à Coordenação do Programa Nacional de Controle da tuberculose.

Em curso, gestões para estruturar jornadas de Convênios com Universidades que viabilizem a participação de profissionais de saúde nos programas de saúde indígena sob responsabilidade da F.N.S

Apesar das dificuldades mencionadas é uma realidade que o Distrito Sanitário Yanomami aponta no setor, para um efetivo passo na formulação de modelo assistencial próprio para as populações indígenas e que permite os esforços da instituição para a superação de todos os problemas que ele agrega nos planos administrativo, orçamentário, técnico e político.

E igualmente fato, que está iniciado a discussão da saúde indígena e formas de encaminhamento, em todas as Coordenações Regionais da F.N.S. Inclusão na Portaria nº1.371 de 1º de outubro de 1992, de "Normatização de Concessão de Bolsas de Estudos", como parte da política de Capacitação de Recursos Humanos para o setor.

Contratação, através de Processo Seletivo Simplificado para atuação na área Yanomami, nos estados do Amazonas e Roraima, de 350 (trezentos e cinquenta) profissionais, por seis meses. # !!!

Historias p/ concessão de bolsa
Lista das bolsas solicitadas

Inclusão de painel específico para discussão da questão de saúde de indígena, na 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 09 a 14 de agosto de 1992.

Início do Processo de Capacitação de Agentes de Saúde Indígenas, com a realização de 2 módulos instrucionais, junto às etnias Guaraní, Kaiowá e Terena, do Mato Grosso do Sul.

Viabilização da planta arquitetônica da Unidade Mista de Urihi- em Surucucus, base de operação do Distrito Sanitário Yanomami (aguardando licitação).

Os recursos orçamentários seriam significativos para a consolidação do setor, não fosse o contingenciamento que praticamente estagrou as ações que se conseguiram iniciar, interrompendo todo um processo, levando ao questionamento das possibilidades reais do setor em reverter o atual quadro de assistência.

com
esta? Conforme mencionado, a F.N.S busca viabilizar seus propósitos pela articulação com o órgão indigenista oficial e estabelecimento de parcerias com Organizações não Governamentais (ONG's), Missões Religiosas, Universidades e entidades dos Estados e Municípios, considerando, entretanto, que no caso indigenista as ações são de responsabilidade direta da União, condição necessária à proteção desses povos. O modelo de assistência proposto, trabalhando com uma grande diversidade de instituições, precisa contar com flexibilidade administrativa. Isto, porque, é absolutamente indispensável contar na sua estruturação, com Recursos Humanos experientes e especializados. Recursos esses, dispersos e/ou engajados em trabalhos missionários, voluntários ou temporários.

O coordenador do DEOPE em com...

Entendemos que o posicionamento da COSAI no DEOPE é adequado considerando-se que as ações de controle de endemias e epidemias são de grande importância no quadro da saúde das populações indígenas, bem como, de importância a viabilização de uma retaguarda hospitalar através das unidades existentes, meios que precisam estar colocados de forma mais efetiva à serviço das populações indígenas. Entendemos, aliás, que esta é a atribuição diferencial da F.N.S.

Deve-se considerar entretanto, que a natureza das atividades afeitas a COSAI, dada a especificidade, requer a construção de espaço técnico e político, adequado tanto no âmbito da DEOPE quanto do Ministério da Saúde, que de acordo com a Constituição Brasileira vigente, não pode se omitir da responsabilidade de viabilizar com seus meios, uma política sanitária para as populações indígenas do país.

CISI - 18/11/92

SETOR SAÚDE
PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA
ATIVIDADE FIM - 1992
CRÉDITO SUPLEMENTAR

APRESENTAÇÃO:

A partir da edição do Decreto nº 23/91 a saúde indígena passou a ser co-responsabilidade do Ministério da Saúde e da FUNAI, o que significa que, a partir de então, o Ministério, através da Fundação Nacional de Saúde, colaborará com o órgão indigenista, na implementação de uma política voltada à promoção, proteção e à recuperação da higidez dos povos indígenas. Dessa forma, é necessária a adequação da política de saúde do país, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, a de atendimento aos índios e suas comunidades, sob a responsabilidade da FUNAI, conforme o disposto na Lei 5.731/67 de criação da FUNAI e a Lei 6.001/73 - Estatuto do Índio.

(manter-se R 2073)

As propostas apresentadas pelas FNS de atuar em áreas estratégicas, onde a população indígena está mais vulnerável ao impacto do contato com a sociedade nacional, e a sua saúde mais comprometida, e de implementar programas voltados ao controle de endemias, com a formação e treinamento de pessoal especializado, se mostra de especial importância, pois são ações que requerem maior volume de recursos, não disponíveis nesta Fundação.

É importante ressaltar que qualquer atuação nas áreas indígenas implica em interferência da sociedade nacional sobre sociedades diferenciadas, o que exige não só ações conjugadas mas, também, vinculadas à organização de cada povo indígena e à sua estrutura social e econômica. Nesse sentido, o esforço conjunto da FUNAI/FNS para a melhoria, da qualidade de vida da população indígena se constitui como somatório de esforços, e não pode ser entendido como ruptura dos serviços prestados por este órgão. Assim, faz-se necessário a continui

certo!

dade dos serviços de saúde iniciados e prestados pela FUNAI nas diferentes áreas indígenas do país, sob pena de se colocar em risco a sobrevivência dos índios.

Os programas apresentados por esta Fundação tem, portanto, o objetivo de dar prosseguimento às ações de saúde em curso nas áreas indígenas, de implantar e implemen-
tar projetos específicos para os grupos isolados e recém-con-
tatados e de atender às questões emergenciais, tendo em vis-
ta o fato de se tratar populações mais suscetíveis e com eleva-
do risco de mortalidade.

JUSTIFICATIVA:

a) Situação Problema:

Os efeitos negativos do choque cultural, sobre os mecanismos de auto-sustentação das comunidades indígenas, tem contribuído para o registro de níveis crescentes de desnutrição, juntamente com a elevação da morbi-mortalidade por "novas doenças" para as quais, não dispõem de memória imunológica.

Frente a essa nova situação, a medicina indígena tem sido levada, inevitavelmente, ao descrédito dentro do grupo indígena, caracterizando uma dependência crescente da medicina ocidental, mais bem equipada para solução de suas próprias doenças.

Desse modo,, se estabelece um processo de dependência dos povos indígenas em relação a tecnologia da sociedade dita civilizada, provocando o rápido abandono de muitos dos seus usos, costumes e tradições, fechando assim o círculo de desorganizações social e cultural. Evidencia-se assim uma série de comportamentos e reações atípicas que limitam ainda mais

o desempenho e a qualidade dos serviços oferecidos.

Vale salientar a importância da experiência na ação assistencial, que constitui um legado que remonta ao antigo SPI, desenvolvido a partir da cooperação de sertanistas indígenas e antropólogos que viabilizaram a estruturação de um saber indigenista que permeia a aplicação dos conhecimentos técnicos nas áreas da saúde, educação, atividades auto-sustentáveis e preservação ambiental.

b) Nível de Saúde das Populações Indígenas:

A situação de saúde das comunidades indígenas assistidas pela FUNAI permite afirmar que a maioria dos grupos tribais não apresentam condições satisfatórias de saúde.

- Indicadores de Saúde:

Morbidade

As doenças diagnosticadas com mais frequência nos grupos indígenas são, em ordem decrescente, infecções respiratórias agudas, parasitoses intestinais, enterites agudas, dermatoses, conjuntivites, malária, tuberculose, anemia e, desnutrição e doenças sexualmente transmissíveis. Na prática, em função da atual inexistência de um sistema que permita a coleta e o registro regular de dados, torna-se difícil trabalhar com taxas específicas de morbidade nas áreas indígenas do país. Disto resulta que informações sobre a incidência e prevalência de enfermidades nas comunidades indígenas são precárias. A informação a seguir mostra a frequência relativa de algumas nosologias, conforme a percepção dos técnicos responsáveis pelo atendimento à população em diversas áreas indígenas.

1º) Infecções respiratórias agudas	-	17,0%
2º) Parasitoses intestinais	-	17,0%
3º) Enterites Agudas	-	16,0%
4º) Cáries dentárias	-	13,0%
5º) Doenças de pele	-	09,8%
6º) Conjuntivites	-	08,9%
7º) Malária	-	07,0%
8º) Tuberculose	-	06,0%
9º) Anemia e desnutrição	-	03,0%
10º) Doenças sexualmente transmissíveis	-	02,4%
11º) Outras	-	00,8%

As entidades mórbidas mais frequentes por região:

Norte: Malária, Oncocercose, Blastomicose e Leishmaniose;

Nordeste: Esquistossomose, Leishmaniose, Tuberculose e Alcoolismo;

Centro-Oeste e Sudeste: Esquistossomose, Doença de Chagas, Pênfigo, Tuberculose e Alcoolismo;

Sul: Tuberculose, Doenças Crônicas Degenerativas e Alcoolismo;

Mortalidade

Os primeiros anos de contato dos indígenas com a sociedade envolvente são marcados de forma dramática pelo aparecimento de doenças "não experimentadas" pelo sistema imunológico desses grupos, ocasionando, na maioria dos casos, alta mortalidade principalmente infantil.

Presume-se a existência de aproximadamente 80 grupos de índios ainda isolados, dispersos pelo país, presentemente esses grupos estão sujeitos a um contato indiscriminado, com riscos para sua sobrevivência.

Os valores máximos de mortalidade geral e infantil documentados são respectivamente 11,46 (por 1.000 habitantes) e 140,00 (por 1.000 nascidos vivos), e os valores mínimos são 7,2 (por 1.000 habitantes), na mortalidade geral e 29,00 (por 1.000 habitantes), na mortalidade infantil.

Na Região Sul, a expectativa de vida da população indígena está em torno de 65 anos e a taxa anual de crescimento da população é superior a 3% reforçando o conceito de que as populações indígenas com muitos anos de convivência com o branco, tendo assistência médica, terras demarcadas e a proteção da FUNAI, tem demonstrado aumento de natalidade e declínio das altas taxas de mortalidade observadas no período imediatamente posterior aos contatos iniciais.

As mortes de menores de 01 ano contribuem de forma elevada na mortalidade nas áreas indígenas, alcançando valores superiores a 38% do total de mortes.

As principais causas de morte encontradas foram, em ordem de ocorrência:

- 1º) Infecções respiratórias
- 2º) Enterites agudas
- 3º) Malária
- 4º) Afecções perinatais
- 5º) Acidentes e traumatismos.

2000-7

c) Fatores condicionantes do atual estado de saúde:

Deficiência ou inexistência de saneamento básico; difícil acesso das equipes de saúde às aldeias; falta de sistematização e continuidade das ações de saúde; serviços de saúde com estrutura física insuficiente, inadequada e mal equipada; pessoal técnico e auxiliar em número insuficiente; baixa qualidade do atendimento e deficiente cobertura dos serviços de saúde, dificuldades para o controle da malária e da tuberculose; pessoal auxiliar mal preparado; cobertura odontológica insuficiente, recursos financeiros insuficientes para a aquisição de equipamentos e de medicamentos básicos e outros materiais; transporte insuficiente, tanto aéreo como fluvial e terrestre; diminuição da quantidade de alimentos, ricas em proteínas animal, em algumas áreas.

d) Estrutura de serviços e atividades para saúde:

depois
então

Para assistência à saúde de aproximadamente 250 mil índios, a FUNAI conta com unidades administrativas instaladas a nível nacional. No âmbito regional, estão estabelecidas as Administrações Regionais - ADR's, sob cuja jurisdição encontram-se os Postos Indígenas - PIN's.

Em termos de infra-estrutura física, existem 300 enfermarias e/ou postos de saúde, a nível de postos indígenas e aldeias; em todo país, além de 32 Casas do Índio (ligadas às ADR's), locais que dispõem geralmente de uma enfermaria de 06-10 leitos, consultórios médicos e odontológicos e área de enfermagem, prestando atendimento médico-odontológico e laboratorial, realizando os encaminhamento dos indígenas às instituições hospitalares que oferecem métodos, diagnósticos e tratamentos mais complexos.

As equipes de saúde constituídas por médico, odontólogo, enfermeiro e laboratorista, apoiados por pessoal de nível médio (auxiliares e atendentes de enfermagem), realizam o atendimento na Casa do Índio e visitam periodicamente os Postos Indígenas e aldeias, para dar assistência à saúde. Com o apoio técnico dessas equipes o trabalho permanente das aldeias é desenvolvido por auxiliares de enfermagem e/ou monitores de saúde.

Para poder cumprir o atendimento à saúde dos indígenas, a FUNAI tem tido o apoio de órgãos do Ministério da Saúde. Além disso, mantém convênios com hospitais particulares e serviços assistenciais de Missões Religiosas e outras ONGs.

*em
atualização
o que
fazer?*

Os recursos humanos da FUNAI, são os seguintes:
37 médicos, 30 odontólogos, 46 enfermeiros, 20 laboratoristas, 149 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, 302 atendentes de enfermagem, 124 monitores de saúde, 03 bioquímicos, totalizando 711 profissionais de saúde.

A estrutura dos serviços de Saúde da FUNAI é a seguinte:

Nível Nacional: Departamento de Saúde/DAS.
Atribuições: assessoramento, acompanhamento e avaliação.

Nível Regional (Micro-Regiões): Serviço de Saúde de das Administrações Regionais - ADR's.
Atribuições: planejamento, execução e avaliação.

Nível Local: Enfermarias dos Postos Indígenas.
Atribuições: execução operacional.

e) Projetos:

Projeto de Assistência Médica e Sanitária

Este projeto representa um dos principais componentes de assistência à saúde indígena. Sua estrutura física e financeira é produto da consolidação das programações anuais de trabalho, elaboradas nas 46 Administrações Regionais, que jurisdicionam 337 Postos Indígenas, e encaminhadas a esta Sede Brasília.

Por se tratar de assistência especializada a aldeias situadas em áreas remotas e de difícil acesso, onde existe, ainda que de forma precária, alguma estrutura física e ou de recursos humanos, não se pode, sob pena de promover solução de continuidade na rotina assistencial, despriorizar o orçamento deste projeto.

Neste projeto, de abrangência nacional, a força de trabalho da saúde, através de seus postos de saúde e enfermarias, ao nível da aldeia, e através das Casas do Índio, nas ADR's desenvolvem-se as atividades definidas nos seguintes sub-projetos:

- Subprojeto de Assistência Médica Geral;
- Subprojeto de Assistência Materno-Infantil;
- Subprojeto de Odontologia Sanitária;
- Subprojeto de Educação para a Saúde.

Objetivo:

Levar a assistência médico-odontológica e orientação sanitária às comunidades indígenas, a partir da sua própria estrutura e contando com o apoio da rede pública - SUS. Ampliar e melhorar a qualidade de atendimento prestado às comunidades indígenas.

Projeto de Controle de Doenças Transmissíveis:

Trata-se de atuação indispensável junto as comunidades indígenas de contato permanente, intermitente ou mesmo isolados. Desenvolve-se especialmente na Amazônia legal onde a rede de serviços públicos de saúde é precária ou inexistente. Em certas cidades a estrutura da Secretaria de Saúde não é suficiente sequer para atender os ribeirinhos mais próximos.

Neste projeto desenvolvem-se atividades de atenção primária à saúde, ao nível proteção, prevenção e recuperação, através das atividades de desenvolvimento nos seguintes subprojetos:

- Subprojeto de Imunização;
- Subprojeto de Controle de Tuberculose;
- Subprojeto de Controle de Malária;
- Subprojeto de Controle de Parasitose Intestinal;
- Subprojeto de Outras Endemias;
- Subprojeto de Vigilância Epidemiológica;
- Subprojeto de Saneamento Básico.

Projeto de Infra-Estrutura de Saúde:

Em decorrência de dotações orçamentárias insuficientes e incompatíveis com as necessidades do trabalho, os orçamentos para este projeto vêm apresentando números crescentes, na proporção em que se agravam as condições e que a infraestrutura não recebe sequer a manutenção necessária.

Subprojeto de Melhorias de Unidade de Saúde.

Projeto de Seleção, Capacitação e Reciclagem de Recursos Humanos:

Dada a grande dificuldade de interiorizar e fixar mão-de-obra qualificada, e considerando as limitações administrativas para treinar e reciclar o pessoal de campo, foi identificado como projeto prioritário. Este projeto conta com a infra-estrutura da rede pública do setor educacional com diversos níveis de atuação.

*conta
memoria?
como?*

Projeto de recrutamento de colaboradores e serviços de terceiros:

A operacionalização em áreas remotas onde a dispersão populacional é muito grande, é necessário complementar as equipes volantes de saúde com pessoal (trabalhos de campo) contratado por prestação de serviço de acordo com a necessidade, sem caracterizar sobrecarga de encargos de pessoal efetivo.

Projeto de Coordenação, Supervisão e Acompanhamento:

Considerando a grande extensão da área assistida, a dispersão da população, o difícil acesso a áreas remotas, o que sem dúvida representa elevação extraordinária no custo operacional, é de grande importância a dotação orçamentária deste projeto.

Somente através dos deslocamentos nas áreas é possível racionalizar os procedimentos assistenciais e otimizar os recursos existentes.

A descentralização administrativa que criou uma estrutura de 46 Administrações Regionais que jurisdicionam 337 postos indígenas e mais de 3.000 áreas indígenas em 24 estados da federação, impõe a necessidade de um projeto específico que estabeleça recursos para execução das metas físicas pré-estabelecidas, no sentido de prover uma estrutura de acompanhamento e supervisão eficaz e eficiente.

Projeto de Pesquisa:

As atividades assistenciais desenvolvidas na área de saúde, já identificaram situações de grande interesse no campo de pesquisa, o que representa oportunidade de melhorar o desempenho assistencial a custos operacionais mais reduzidos.

Alocação de recursos no orçamento de 1992 a fim de atender pequena parte de uma grande demanda reprimida ao longo de administrações anteriores.

Projeto de Convênio:

Dada a especificidade da clientela e a interrelação com os diversos setores governamentais de economia mista e mesmo privados, a alocação de recursos sob a forma de serviços de terceiros pessoa jurídica, representa importante instrumento de trabalho.

Trata-se de assegurar a viabilidade ou assistência, diante das emergências que surgem nas áreas indígenas de modo imprevisível e que exigem atuação imediata.

Alocação de recursos para apoiar o trabalho assistencial levado a efeito pelas Administrações Regionais

junto a diversas instituições públicas e privadas que, de alguma forma, representem alternativa de escolha no exercício de atividade assistencial especializada.

Crédito Suplementar solicitado:

Setor Saúde - Cr\$ 33.235.000.000,00

Elemento de Despesa:

3490.30	-	Cr\$ 13.294.000.000,00
3490.33	-	Cr\$ 1.994.100.000,00
3490.36	-	Cr\$ 3.988.200.000,00
3490.39	-	Cr\$ 5.649.950.000,00
4590.51	-	Cr\$ 3.323.500.000,00
4590.52	-	Cr\$ 4.985.250.000,00

OBS.: vele salientar que para o desenvolvimento das ações de saúde é imprescindível o elemento de despesa 3190.14, uma vez que a execução dos projetos engloba deslocamentos das equipes de saúde.

Brasília-DF, 03 de junho de 1992.

Deusdes Ribeiro Naves Cruz
Departamento de Saúde
Diretora
CRM-DF 2274

27