

DEPARTAMENTO DE SAÚDE - FUNAI
SRTVS 702 Edifício Lex BI, A 3.º Andar
CEP: 80340-904 - BRASÍLIA - DF

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL	
data	10 / 09 / 98
cod	FRD 00033

Anotações para subsidiar a discussão sobre um modelo de Atenção à Saúde Indígena

O objetivo maior do modelo assistencial baseado nos Sistemas Locais de Saúde (Distritos Sanitários) é aumentar a resolutividade das ações de saúde, racionalizando a utilização dos recursos. O Sistema Local deve ser capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população, sendo garantido aos usuários deste sistema a referência para níveis hierárquicos superiores, quando estes problemas exigirem uma tecnologia não disponível à nível local.

A proposta de Distrito Sanitário Especial Indígena apesar de já ser razoavelmente antiga, carece de uma discussão mais apurada, no mínimo para que se tenha conhecimento do conteúdo desta proposta. Tudo indica que ao se qualificar o Distrito Sanitário de Especial e indígena, o que se pretende é adaptar o modelo de Distrito Sanitário do SUS, às especificidades de usuários com limitações de acesso ao SUS, em função de características étnicas, e da distribuição geográfica, etc.

No entanto, a transposição de conceitos para situações diferentes não é tão simples e carece de uma discussão mais aprofundada. A criação de Distritos Sanitários ou Sistemas Locais de Saúde, não pode ser confundida com uma mera descentralização administrativa, mas deve representar a construção de um novo modelo de atenção à saúde, que contemple o aumento da resolutividade, e permita o acesso das sociedades indígenas aos serviços de saúde.

Embora não se disponha de informações mais sistematizadas, sabemos que doenças como gastroenterite, desnutrição e infecções respiratórias agudas, além daquelas evitáveis por vacinação e a tuberculose, são as principais causas de óbito entre as sociedades indígenas.

Medidas simples baseadas nos Cuidados Primários de Saúde e executadas a nível de aldeia, como a terapia de rehidratação oral, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, diagnóstico e tratamento de infecções respiratórias agudas, imunização, disponibilidade de água de boa qualidade e destino adequado dos dejetos, controle de vetores e tratamento de casos de malária, diagnóstico precoce e tratamento de casos de tuberculose, teriam um grande impacto na situação de saúde destas populações, pois resolveriam a maior parte dos problemas de saúde.

Para tanto seria necessário investimento em recursos humanos e saneamento básico. No que se refere a recursos humanos, a base deste sistema seria o Agente Indígena de Saúde. Estes trabalhariam sob supervisão constante de pessoal de nível superior, médico e enfermeiro.

Gerenciamento

Este sistema local de saúde seria gerenciado por um Conselho de Saúde, formado por prestadores, FUNAI, FNS, ONGs, etc., e por representantes dos usuários, lideranças indígenas e seria responsável pela definição de prioridades e pela avaliação das ações. Ligado a este Conselho existiria um grupo técnico responsável pela execução das ações de saúde, formado por técnicos das diversas instituições prestadoras.

Território

A definição de um Distrito Sanitário está intimamente ligada ao conceito de território. A população alvo das ações de saúde habita um território claramente delimitado, onde os recursos estão disponíveis e devem ser direcionados para atender às necessidades destas populações. Porém este conceito de território deve ser entendido como um espaço onde interajam os diversos atores, na busca de mudanças.

Em sua grande maioria a população indígena se distribui de uma forma extremamente dispersa, e não em territórios contínuos. A definição do território do Distrito Sanitário Especial Indígena se pautaria, preponderantemente em aspectos étnicos e provavelmente, não seria contínuo, se sobrepondo às áreas de outros Sistemas Locais de Saúde do SUS.

Acessibilidade

A questão do acesso aos serviços de saúde, estabelecida na legislação, deve ser vista, no que se refere às populações indígenas, principalmente do ponto de vista geográfico e da diversidade étnica. O que se pretende para resolver esse problema, é levar às aldeias as ações simplificadas de saúde, referindo para centros com disponibilidade de tecnologia mais avançadas. Aqueles agravos que não pudessem ser resolvidos nas aldeias, seriam referenciados ao SUS, tendo como suporte as casas de saúde indígenas, onde os doentes seriam hospedados, enquanto não completassem o tratamento e pudessem retornar às suas aldeias.

Vinculação institucional

Por se constituir num subsistema de saúde integrante do SUS, obviamente o Distrito Sanitário Especial Indígena, deverá estar vinculado ao Ministério da Saúde. Face aos conflitos naturais com a população envolvente, decorrentes da posse da terra, não se pode pensar em colocar a saúde de comunidades indígenas vinculada ao poder municipal ou mesmo estadual, deixando as atividades de saúde ao sabor de interesses políticos e econômicos locais, sempre conflitantes com os reais interesse dessa minoria. A responsabilidade pela saúde do índio é da União, através do seu órgão central responsável pela saúde, o Ministério da Saúde, coordenado conjuntamente com o órgão responsável pela política indigenista, a FUNAI.

Financiamento

O financiamento deste sub-sistema deverá ser feito com recursos do Tesouro Nacional, constando dos orçamentos da Fundação Nacional de Saúde e da Fundação Nacional do Índio, por ser da União a responsabilidade pela saúde dos povos indígenas. Os estados e municípios poderão participar no custeio desta atividades, sendo no entanto responsabilidade destes o atendimento dos casos referidos para atendimento na rede do SUS.

Anotações sobre o Sistema de Informação em Saúde do Índio

Dentro do processo de readequação da FUNAI, e em face da provável mudança das funções desta, no que se refere à atenção à Saúde do índio, o Departamento de Saúde da FUNAI, deverá se estruturar para as suas novas funções que deverá ser a de acompanhar e controlar as ações de saúde desenvolvidas em área indígena. A execução destas ações deverão ser assumidas pelo órgão do Estado responsável pela saúde, o Ministério da Saúde.

Para acompanhar e avaliar as ações de saúde é imprescindível se dispor de informações que sejam fidedignas e no momento oportuno. Para tanto, faz-se mister discutir e estruturar um sistema de informação que atenda a estas necessidades.

O atual sistema de informação existente na Funai apresenta os seguintes vícios:

1. pouca clareza a respeito de quais informações são realmente necessárias;
2. baixa cobertura populacional;
3. heterogeneidade de seus instrumentos de coleta de dados.
4. fluxo irregular no envio das informações

Como resultado, temos:

1. uma quantidade muito grande e detalhada de informações, que na sua maior parte nunca são utilizadas;
2. informações que se referem a apenas uma pequena parte da população;
3. dados que, na maior parte das vezes, não podem ser agregados para análise, face à heterogeneidade instrumentos de coleta de dados;
4. as informações não estão disponíveis em momento oportuno;

É urgente, portanto, a criação de um sistema de informação específico para estas populações, e que deve ser construído, conjuntamente pela FUNAI e pela FNS, órgãos responsáveis pela saúde destas.

No desenho deste Sistema de Informações, temos que considerar, em primeiro lugar, as necessidades de informação e sua utilização, por nível de competência, definindo indicadores adequados e os dados necessário para a construção destes, bem como identificar fontes, definir métodos e instrumentos de coleta dos dados.

Por exemplo, os níveis central e intermediário não precisam de informações a respeito de indivíduos ou de comunidades, mas sobre o conjunto destes, pois não vão executar ações, e portanto, estas informações não seriam utilizadas. Já o nível local, por executar estas atividades, necessita de informações individualizadas, a exemplo dos prontuários médicos, fichas de vacinação, etc.

A utilidade dos dados sempre deverá ser justificada previamente à sua coleta, seja pela relevância para tomada de decisões, seja para o planejamento ou gerência em qualquer nível, seja na utilidade na avaliação do impacto de ações de saúde e saneamento realizadas junto às comunidades. Não se justifica a coleta de

dados que não tenham uma utilização imediata, com a justificativa de que poderiam vir ser utilizados em algum estudo ou pesquisa.

É em função da escolha dos indicadores que será possível identificar o tipo de informação a ser utilizada e as fontes existentes. Para construir o coeficiente de mortalidade infantil, imprescindível, tanto para a programação de atividades, como para a avaliação do impacto das ações de saúde, temos que dispor do numerador, o número de óbitos em menores de 1 ano e do denominador, o número de nascidos vivos. As fontes seriam os registros de nascimento e os atestados de óbito. O Sistema de Informações do DATASUS dispõe destas informações, para a população brasileira em geral. Porém o subregistro, tanto de nascimento, como de óbitos, são importantes em regiões mais carentes de recursos de saúde, o que gera uma grande distorção neste indicador.

As populações indígenas se distribuem, principalmente, nesta região e na sua grande maioria não possuem registro de nascimento e morrem sem nenhuma assistência médica. E mesmo quando isto não acontece, estes instrumentos de registro não fazem referência à etnia.

O sistema de informação do SUS, não considera às diversas etnias existentes em nosso país, o que torna impossível identificar eventos ocorridos em populações indígenas. E não é provável, que a curto ou médio prazo, seja possível incluir modificações neste sistema, principalmente por sabermos que os indígenas representam apenas 0,2 % de toda a população brasileira.

A diversidade de instrumentos de coleta e envio de dados existentes impossibilita a agregação destes, para uma análise. Existem modelos utilizados pela FNS, diversos utilizados pela FUNAI, e inúmeros outros utilizados pelas ONGs que atuam com saúde na área indígena. Além disso estes instrumentos são inadequados contendo informações que nunca serão utilizadas.

Quanto à periodicidade para o envio de informações, poderíamos citar como um exemplo de inadequação, a obrigatoriedade do nível central ser informado, a cada dois meses, de todos os nascimentos e óbitos ocorridos nas aldeias. Qual a utilização que o nível central faria com esta informação a cada dois meses? Seria possível avaliar o impacto de ações dentro de um período tão curto? O planejamento de ações é feito a cada dois meses?

Outra deficiência grave neste sistema a ausência de informações demográficas. Não se sabe sequer qual é a população indígena do Brasil, quanto mais a distribuição por faixa etária. Como planejar, por exemplo, as atividades de vacinação, medir a cobertura, sem esta informação?

Mas como este obstáculo seria superado? A realização de um censo populacional teria um custo alto e teria dificuldades operacionais bastante conhecidas, face a distribuição destas populações em área de difícil acesso. E como se faria a estimativa desta nos períodos intercensitários, visto que o método aplicado para este cálculo para as populações em geral, com certeza não se poderia aplicar a uma população tão pequena e com características tão específicas.

É necessário, portanto, que a FUNAI e a FNS definam, conjuntamente, um sistema de informação específico para estas populações, estabelecendo suas necessidades de informação, por nível de competência, com uma definição clara sobre a utilização de cada informação, escolhendo indicadores tanto epidemiológicos como operacionais, identificando as fontes de informação, aperfeiçoando os instrumentos de coleta de dados, definindo fluxo e periodicidade das informações.

Agentes Indígenas de Saúde

Ao definirmos como estratégia de atenção à saúde das populações indígena os cuidados primários de saúde, assumimos que o Agente Indígena de Saúde é o elemento fundamental no atendimento a estas populações.

Até o presente momento a FUNAI utilizava, para prestar o atendimento nas aldeias, atendentes ou auxiliares de enfermagem, o que apresenta grandes dificuldades. Os atendentes de enfermagem são mal formados e já nem são aceitos como uma categoria profissional dentro da enfermagem e os auxiliares de enfermagem, são mais difíceis de se encontrar. Residir em uma aldeia distante de qualquer centro urbano, convivendo com uma comunidade com uma cultura totalmente diferente da sua é outro grande obstáculo.

Agente Indígena de Saúde, desde que devidamente treinado e sob constante supervisão de uma enfermeira, poderia resolver a grande maioria dos problemas de saúde das comunidades indígenas. E por ser um elemento da própria comunidade, não teria os problemas dos atendentes ou auxiliares de enfermagem.

Face a isto as diversas ONGs, que atuam com a saúde em área indígena, optaram por basear seus projetos na utilização dos Agentes Indígenas de Saúde. No momento existem no Departamento de Saúde da FUNAI, mais de 10 projetos enviados por ONGs, onde a principal atividade seria o treinamento de AIS. Porém este treinamento vem sendo feito, até o momento, sem a menor padronização, pois não existem normas a respeito das atribuições dos AIS, e as normas do PACS para os Agentes Comunitários de Saúde não são consideradas, tendo como justificativa as especificidades das populações indígenas.

Esta especificidade é real e se a população rural do Brasil é desassistida, as populações indígenas, habitando áreas de difícil acesso, principalmente na Amazônia, estão em uma situação bem mais aflitiva. Como se pensar, por exemplo, na possibilidade de atender uma criança com diarreia, retirando-a da aldeia por via aérea, para receber o tratamento em centros urbanos mais próximos? Seria irracional, mesmo que este deslocamento fosse feito por via terrestre, de custo bem menor, pois além do paciente ter o seu quadro agravado antes de ser atendido, o custo ainda seria e teríamos ainda o problema da inadaptação pela diferença cultural, além da possibilidade de exposição a outras doenças nestes locais.

A mortalidade infantil diminuiria muito entre os indígenas com a adoção de medidas simples para o tratamento deste agravo, como a TRO. O mesmo se pode dizer com relação à tuberculose e outros agravos de alta prevalência nesta população. Não tem sentido se retirar um doente de sua aldeia por um período tão grande para tratar tuberculose, quando, uma vez diagnosticado, o tratamento oral pode ser administrado por um AIS.

Mas a falta de normalização sobre os AIS, talvez venha criando mais problemas que soluções. A exemplo do que sempre fez a FUNAI com os atendentes e auxiliares de enfermagem, que por falta de profissional médico, fazem diagnósticos e tratamentos, num claro exercício ilegal da medicina, causando muito mais problemas para estas populações do que os já existentes, os AIS estão sendo formado, na maioria das vezes para serem verdadeiros charlatões. A isto se junta a ausência de supervisão adequada.

Atribuições dos Agentes Indígenas de Saúde

Mesmo se levando em conta as especificidades da saúde indígena, não se pode admitir que pessoas com formação que raramente ultrapassa a 15 dias, esteja fazendo uso de medicação oral e até mesmo parenteral e sem prescrição médica. O uso incorreto de antibióticos não vai resolver nenhum problema, mas agrava-lo e muito.

Para o PACS os Agentes Comunitários de Saúde teriam como atribuição as ações educativas, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança a terapia de rehidratação oral, etc. Mas o que fazer com um caso de malária em uma aldeia afastada na região amazônica? Em vez de ignorarmos o que o PACS estabelece, e o que os Conselhos de Enfermagem e Medicina determinam a respeito do exercício legal da enfermagem e da medicina, poderíamos discutir a possibilidade de delegar atividades, como o tratamento padronizado de alguns poucos agravos.

A COSAI patrocinou reuniões regionais e nacional, com grande gasto de recursos, para concluir que "o nível de competência e atribuição do AIS deverá ser definido nos conselhos deliberativos de saúde indígena, locais e regionais, de acordo com a realidade de cada área". Isto é o resultado do mau entendimento que se tem a respeito do que sejam estes conselhos. Não cabe a este colegiado normalizar, mas deliberar sobre políticas de saúde, definir prioridades para o planejamento, fiscalizar e avaliar as ações desenvolvidas pelos diversos prestadores, público ou privado. A atividade normalizadora sobre as atribuições dos Agentes Indígenas de Saúde é do Ministério da Saúde e dos Conselhos que fiscalizam o exercício profissional em saúde. É o Ministério da Saúde quem deve discutir com estes Conselhos, a questão da saúde indígena e suas especificidades, e estabelecer normas para a atuação dos Agentes Indígenas de Saúde.

Capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde

Embora os Agentes Indígenas de Saúde sejam agentes comunitários de saúde, com atribuições semelhantes aos agentes de saúde do PACS, na sua capacitação, temos que atentar para as suas características étnicas. As comunidades onde estes agentes vão trabalhar, possuem uma medicina e conceitos de saúde e doenças próprias.

1. Recrutamento e seleção

O recrutamento e seleção devem estar a cargo da própria comunidade, obedecendo seus próprios padrões, além de atender alguns pre-requisitos, necessários a alguém que vá exercer uma atividade de prestação de cuidados de saúde.

2. Conteúdo e metodologia do treinamento

O conteúdo do treinamento deve ser adequado à realidade do local onde o AIS irá exercer suas atividades e deve respeitar os conhecimentos de saúde com quem os mesmos vão trabalhar.

Supervisão dos Agentes Indígenas de Saúde

Como qualquer outro agente de saúde, o AIS somente poderá exercer suas atividades sob supervisão constante de enfermeiras. Estas devem ser responsáveis por supervisão somente de AIS e devem ter um treinamento para o trabalho com sociedades indígenas.

Remuneração dos Agentes Indígenas de Saúde

A capacitação de AIS, feita de forma indiscriminada, pelas diversas ONGs, tem resultado apenas na criação de uma expectativa de emprego nas pessoas capacitadas, sem que a imensa maioria destes tenham qualquer remuneração pelo trabalho que executam, ocasionando desestímulo nestes agentes e perda do investimento feito com a capacitação

Anotações para a normalização das Casas Indígenas de Saúde

- 1. Os órgãos responsáveis pela atenção à saúde do índio, devem priorizar os cuidados de saúde primários, utilizando os Agentes Indígenas de Saúde, com supervisão constante de Enfermeiras e Médicos, o que resultaria na resolução da grande maioria dos problemas de saúde à nível da própria aldeia;**
- 2. Os casos que não puderem ser resolvidos na aldeia, serão referidos aos centros urbanos mais próximos, onde estes pacientes serão atendidos na rede do SUS, tendo a FUNAI, como retaguarda, as casas indígenas de saúde, onde estes serão hospedados, enquanto aguardam a conclusão do tratamento;**
- 3. Os casos que requeiram um atendimento de urgência, serão internados em hospitais da rede do SUS, e somente ficarão nas casas indígenas de saúde, após terem alta;**
- 4. Não se justifica o atendimento ambulatorial ou hospitalar nas casas indígenas de saúde, a não ser onde a rede do SUS, for tão precária, ou os preconceitos étnicos sejam tão grandes, que obriguem os índios a ficar em tratamento na casa indígena de saúde;**
- 5. Neste caso deverá ser negociado com as prefeituras e estados a participação na manutenção destas unidades, já que é deles a obrigação dar atendimento de saúde a todos os cidadãos brasileiros, inclusive os índios;**
- 6. A FUNAI e o Ministério de Saúde deverão normalizar as atividades a serem desenvolvidas nestas Unidades, bem como a sua estrutura física;**

Temas que deveriam ser discutidos por um grupo de trabalho formado por técnicos da FUNAI e da FNS

- **Modelo de Atenção à Saúde do Índio**
- **Sistema de Informação em Saúde do Índio**
- **Agentes Indígenas de Saúde**
- **Medicamentos Essenciais**
- **Casas de Saúde do Índio**
- **Proteção à saúde de índios isolados**
- **Atenção à Saúde dos índios desterritorializados**
- **Criação de uma instância de coordenação das ações de saúde do índio, à nível central, formado pela FUNAI, FNS e DST/AIDS**

DEPARTAMENTO DE SAÚDE - F U N A I
SRIVS 702 Edifício Lex Bl. A 3.º Andar
CEP: 80340-804 - BRASÍLIA - DF