

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE OPERAÇÕES
COORDENAÇÃO DE SAÚDE DO ÍNDIO**

INSTITUTO SOLIDARIEDADE
data / /
cod F2D 00048

DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARA A POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA



A IIª Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, reafirmou o princípio constitucional da responsabilidade pela atenção à saúde do índio como atribuição do governo federal, não excluindo as competências complementares dos estados e municípios ou outras instituições, governamentais e não governamentais devendo estar vinculado ao Ministério da Saúde com níveis de gerência nacional e distrital. Desta forma, urge a necessidade de formulação de políticas para atendimento das necessidades dos povos indígenas do Brasil, que contemple a organização de serviços de saúde indígena, articulando com as instâncias do Sistema Único de Saúde, definindo referências locais, regionais e nacional com vista para a implantação dos Distrito Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.

A população indígena brasileira é estimada em 326.000 índios, com cerca de 250 povos, vivendo em 556 terras indígenas (nem todas regularizadas) e estima-se que mais de vinte mil índios vivem nas periferias das cidades.

Os povos indígenas enfrentam situações distintas de risco e vulnerabilidade, além de pressões e ameaças em suas relações com a sociedade envolvente. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) e sua inclusão em atividades delas decorrentes vêm ameaçando a integridade do meio-ambiente e a preservação de diversos aspectos de seu conhecimento, economia e organização social. Muitos estão ameaçados de desaparecimento, caso medidas de proteção eficazes dos meios que asseguram suas vidas não sejam tomadas. Em algumas sociedades o número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer sua reprodução biológica.

A inexistência no Sistema Único de Saúde de uma política setorial, que atenda a diversidade da situação dos diversos povos indígenas, tem impedido seu acesso às ações básicas de promoção e atenção à saúde. Isto impossibilita o exercício da cidadania e a garantia dos direitos estabelecidos na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde, que dizem respeito ao reconhecimento de sua cultura, organização social, autodeterminação e no campo mais específicos da saúde, dos princípios de equidade, universalidade de acesso ao sistema e controle social.

A partir destas considerações, a Coordenação de Saúde do Índio, propõe este instrumento estratégico em conjunto com as ESAI's – e outras instituições parceiras, visando estabelecer uma política de atenção à saúde para os povos indígenas brasileiros, atendendo às suas necessidades sanitárias.

A constituição Federal de 1988 estabeleceu as regras gerais do Sistema Único de Saúde, que foi regulamentado pela Lei 8080, de 19.09.90. No tocante à gestão, a referida Lei define em seu "Art. 9º - A direção do Sistema Único de Saúde – SUS é única, de acordo com o inciso I, do Art. 198. da Constituição Federal, e será exercida em cada esfera do Governo pelos seguintes órgãos.

No âmbito União, pelo Ministério da Saúde"

Considerando que os direitos indígenas têm sede constitucional e são de competência federal, em fevereiro de 91 foi editado o Decreto n.º 23 visando estabelecer regras para atenção à saúde indígena. Dois pontos de Decreto devem ser ressaltados :

- ♦ A transferência para o Ministério da Saúde da responsabilidade de coordenação e execução da política de saúde indígena;
- ♦ A criação de Distrito Sanitários de Natureza Especial como estratégia para implantação do sub-sistema de saúde.

Em maio de 94 o Decreto 1.141 revoga o de n.º 23 e transfere a gestão da política de saúde indígena para a FUNAI e institui a Comissão Interestadual de Saúde Indígena.

Em outubro/94 a CIS publicou a Resolução n.º 02, aprovando o Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio, onde se estabelece uma divisão de atribuições entre o Ministério da Saúde e a FUNAI. Desta forma o primeiro foi responsabilizado pelas chamadas "ações de prevenção e controle de agravos" e a FUNAI assumiria as "ações assistências médico-sanitárias".

Este quadro, que perdura até momento, gerou uma atuação fragmentada entre as duas Instituições de caráter nacional, que por questões estritamente operacionais e pelas características de forma de atuação predominante, como por exemplo a questão de terras e da preservação do espaço, competência da FUNAI e integralidade da saúde, no caso da FNS, têm encontrado dificuldades na atuação de forma conjunta, na área de saúde do índio. Por outro lado, as lideranças indígenas, em diversos encontros e Conferências têm reivindicado a unificação da atenção à saúde no âmbito do Ministério da Saúde. Desde a II Conferência Nacional de Saúde Para os Povos Indígenas, realizada em 93, vêm sendo desenvolvidas ações voltadas para concretização dos chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas vinculados a um órgão federal para a saúde do índio, ligado ao Ministério da Saúde.

Em maio/98 o Ministério Público Federal, através da 6ª Câmara de Coordenação e Revisão (Comunidade Indígenas e Minorias) estabeleceu parecer sobre a questão, onde destacamos os seguintes pontos :

" O decreto n.º 1141/93, ao atribuir competência diretiva à CIS e à FUNAI, inserindo-as entre os órgãos gestores do SUS, cria direito novo, não instituindo na Lei regulamentar. Configura-se, assim, o abuso do poder regulamentar, que gera o vício da ilegalidade do ato".

"Desta forma, o sub-sistema de atenção à saúde dos índios deve ser orientado por suas especificidades étnicas e culturais, com garantia de seus sistemas tradicionais de saúde, no âmbito dos Distrito Sanitários Especiais Indígenas. Deve estar vinculado diretamente ao Ministério da Saúde, a quem cabe nos termos do Art.12, parágrafo único da lei 8080 – a direção da política de saúde para as populações indígenas".

Considerando o contexto da precariedade do modelo atual e a necessidade de assumir completamente sua responsabilidade institucional, o Ministério da Saúde, através da Fundação Nacional de Saúde e das Secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde, está propondo a reorientação da política de atenção à saúde indígena com base nos preceitos gerais da II. Conferencia Nacional de Saúde para os Povos Indígenas.

3 – NOVO MODELO ORGANIZACIONAL

A gestão da atenção a saúde dos índios deve-se dar num órgão a ser criado, que será formado por profissionais da FNS e FUNAI, instância que ficará dentro do Ministério da Saúde considerando que é nele que estão contidos todos os instrumentos normativos e de financiamento para atendimento dessa demanda.

A gerência se dará através da Fundação Nacional de Saúde, órgão executivo do Ministério da Saúde em estreita articulação com as Secretarias de Assistência à Saúde (SAS/MS) e de Políticas de Saúde (SPS/MS).

Externamente é fundamental a manutenção da articulação com a FUNAI, órgão de integração da atenção ao índio, visando potencializar esforços e recursos e a observância das características específicas desta população.

A proposta contempla a organização dos serviços de saúde para os povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), conforme recomendações da II. Conferência Nacional de Saúde Para os Povos Indígenas, e se conforma como um subsistema em perfeita articulação com o Sistema Único de Saúde, atendendo as seguintes condições :

- ◆ Considerar os próprios conceitos de saúde e doença da população e os aspectos intersetoriais de seus determinantes.
- ◆ Ser construído coletivamente a partir de um processo de planejamento participativo.
- ◆ Possuir instâncias de controle social formalizados em todos os níveis de gestão.

3.1 - Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)

O DSEI será uma unidade organizacional da FNS/MS e deve ser entendido como uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária claramente identificada, reunindo o conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, articulado com a rede do SUS para referência e contra referência, com autonomia financeira /administrativa, composto por equipe mínima necessária para executar suas ações e com controle social através dos Conselhos Distritais.

3.2 – Como devem ser os DSEIs

Deve ser entendido como um processo a ser construído com a participação dos povos indígenas;

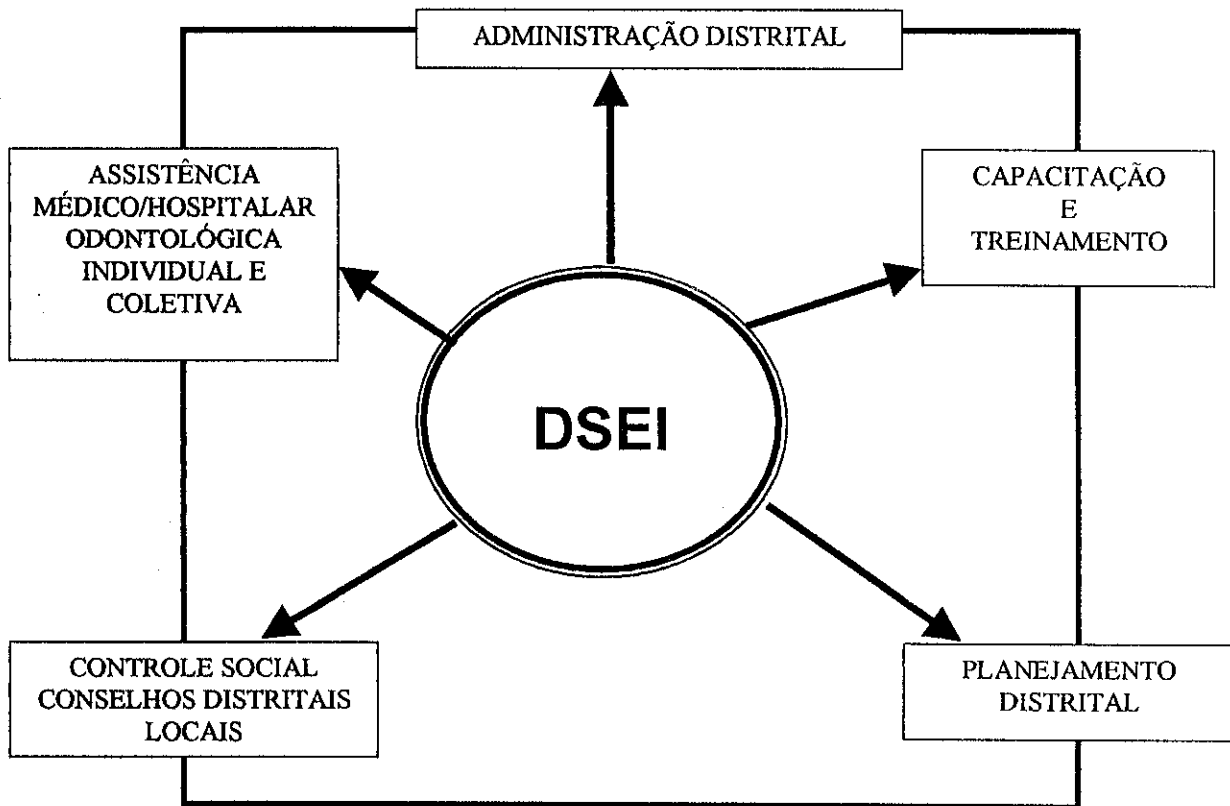
Deve respeitar a forma de entendimento da abordagem do processo saúde/doença estabelecidos por cada comunidade indígena;

Deve superar as limitações da abordagem fragmentada dos serviços de saúde;

Deve dispor de quadro de pessoal, recursos materiais e financeiros para custeio das ações de acordo com cada diversidade e dificuldade para atenção à saúde de cada etnia;

Deve ter autonomia e capacidade resolutiva de acordo com cada etnia.

Deve ser entendido como uma etapa de definição de um novo Modelo Assistencial à Saúde Integral do Índio, momento em que corrige a distorção da divisão de atribuições entre FNS e FUNAI



3.4 – DEFINIÇÃO DAS BASES TERRITORIAIS

Os territórios estão sendo definidos num processo de construção com as comunidades indígenas, profissionais e instituições de saúde. A definição destas áreas está se pautando não apenas nos critérios técnico-operacionais e geográficos, mas respeitando também a cultura, as relações políticas e distribuição demográfica tradicional destes povos, que não coincide necessariamente com os limites de Estado ou Municípios onde são localizadas as terras indígenas.

Uma primeira abordagem indica a necessidade de aproximadamente 30 territórios distritais, conforme mapa anexo. Esta proposta foi pensada de maneira a favorecer uma ligação direta entre os distritos e a Coordenação Nacional, evitando a criação de uma instância intermediária em nível regional, de modo a fortalecer a capacidade de resolução em nível local. A configuração definitiva dos territórios distritais e o levantamento da necessidade de planejamento específico para cada área distrital se dará em oficinas ou encontros regionais, com base nos seguintes dados :

- ◆ População e área geográfica;
- ◆ Disponibilidade de serviços de saúde, recursos humanos e infra-estrutura;
- ◆ Vias de acesso aos serviços instalados em nível local e a rede regional do SUS;
- ◆ Relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade.

3.5 – REDE DE SERVIÇOS

3.5.1 – NOS TERRITÓRIOS DISTRITAIS

Cada distrito deverá construir uma rede própria de serviços, para atenção básica, dentro de seu território que deverá ser hierarquizada, tendo como porta de entrada as aldeias, e contemplar estruturas de complexidade crescente tendo como princípio atingir a maior resolutividade.

A constituição da rede de serviços levará em conta a estrutura de serviços de saúde já existentes nas áreas indígenas, que deverá ser readequada e ampliada de acordo com as necessidades de cada local.

3.5.2 – NOS MUNICÍPIOS DE REFERÊNCIA

Parte da rede de serviços dos DSEI são as Casas de Saúde do Índio, localizadas em municípios de referência. Seu papel é garantir o acesso da população de um ou de mais distritos ao atendimento secundário e terciário, servindo como instância de articulação entre a rede de serviços do Sistema Único de Saúde.

Temos que estabelecer uma estratégia para transformar a Casa do Índio (na sua estrutura atual) em Casa de Saúde do Índio. Nesta perspectiva é necessário adequar a estrutura física e capacidade instalada, cadastrar e credenciá-las no SUS.

São atribuições das Casas de Saúde do Índio :

- ◆ Receber pacientes e acompanhantes e seus referenciados pelos distritos;
- ◆ Alojamento e alimentação de pacientes e seus acompanhantes, durante o período de tratamento;
- ◆ Estabelecer os mecanismos de referência e contra-referência com a rede do SUS;
- ◆ Prestar assistência de enfermagem aos pacientes 24h por dia;
- ◆ Acompanhar os pacientes para consultas, exames subsidiários e internações na rede do SUS;
- ◆ Fazer a contra-referência com os Distritos após a alta do paciente;
- ◆ Articular com os distritos o retorno imediato dos pacientes e acompanhantes para suas aldeias, por ocasião da alta.

3.5.3 – COMUNICAÇÃO E TRANSPORTE

Tendo em vista a grande dispersão populacional que caracteriza os povos indígenas, será garantido um sistema de comunicação e transporte que interligue toda a rede de serviços do DSEI (radiofonia, veículos, barcos e aviões, etc.).

3.5.4 – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

A rede de serviços trabalhará com base em um sistema de informações locais em saúde integrando ao sistema nacional, obtendo e processando dados gerados nos diversos níveis de atenção a saúde, incluindo a notificação, a vigilância, os estudos e investigações epidemiológicas, de modo a subsidiar o planejamento das ações.

3.6 – RECURSOS HUMANOS

As equipes de saúde serão compostas minimamente por médico, enfermeiro, odontólogo, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde contando com acompanhamento sistemático de antropólogos, educadores ou outros especialistas eventualmente necessários.

O número e qualificação dos profissionais das equipes serão estabelecidos de acordo com planejamento detalhado de atividades, contemplando :

- ◆ Número, dispersão populacional e via de acesso;
- ◆ Perfil epidemiológico;
- ◆ Capacidade de promover a formação, supervisão e acompanhamento de agentes indígenas de saúde;
- ◆ Articular processos que viabilizem a profissionalização dos agentes indígenas de saúde;
- ◆ Avaliação epidemiológica, antropológica e pedagógica sistemática.

Será formada uma equipe de administração e apoio, capacitada para execução financeira e administrativa com função de :

- ◆ Garantir o suprimento e o apoio logístico (transporte, rede de comunicação)
- ◆ Realizar manutenção da estrutura física e zelar pelo patrimônio do distrito;
- ◆ Administração de pessoal.

A equipe do distrito deverá estar capacitada para:

- ◆ Perceber e valorizar a cultura de modo a favorecer a expressão do pensamento indígena numa situação de diálogo intercultural;
- ◆ Participar do planejamento, execução e avaliação das ações procurando forma de fortalecimento da articulação inter-institucional e estabelecimento de parcerias;
- ◆ Elaborar e executar programa de formação dos agentes indígenas de saúde proporcionando seu acesso a alfabetização e educação escolar;
- ◆ Colaborar com professor indígena para introdução do tema saúde na escola conforme o Referencial Curricular para as Escolas Indígenas proposto pelo MEC;
- ◆ Promover a articulação regional entre os diversos distritos visando :
 - Compatibilizar as necessidades de níveis regionais e nacionais;
 - Garantir o funcionamento das Casas de Saúde do Índio de referência regional;
 - Viabilizar a participação indígena nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde .

Os profissionais de saúde atualmente lotados na FUNAI e na FNS serão aproveitados na formação da equipes.

O suprimento da necessidade remanescente de pessoas pode ser viabilizado pelo estabelecimento de convênios com Municípios, ONG's ou outras instituições.

3.6.1 - LOTACIONOGRAMA POR UNIDADE

NÍVEL LOCAL

ALDEIA:

CARGOS

- ◆ Agente Indígena de Saúde;
- ◆ Auxiliar de Enfermagem Indígena;
- ◆ Agente Indígena de Saúde Odontológico.

FUNÇÕES:

- ◆ Atendimento primário;
- ◆ Ações preventivas;
- ◆ Atividades e ações supervisionadas;
- ◆ Atenção odontológica básica.

POSTO INDÍGENA:

CARGOS

- ◆ Auxiliar de Enfermagem;
- ◆ Técnico de Enfermagem;
- ◆ Microscopista.

FUNÇÕES

- ◆ Coordenação das atividades nas aldeias
- ◆ Atendimento primário
- ◆ Atividades programáticas;
- ◆ Leitura de exames básicos

NÍVEL DISTRITAL -DSEIS- SEDE

CARGOS

- ◆ Médicos;
- ◆ Enfermeiros ;
- ◆ Auxiliar de enfermagem;
- ◆ Odontólogo;
- ◆ Técnico de higiene dental;
- ◆ Bioquímico;
- ◆ Antropólogo;
- ◆ Pedagogo;
- ◆ Chefe de distrito;
- ◆ Motorista;
- ◆ Serviço gerais.

3.6.2 - FUNÇÕES E ATRIBUIÇÕES DO GERENTE E EQUIPE DISTRITAL

RECURSOS HUMANOS

- ◆ Coordenar, capacitar ,contratar e remanejar os recursos humanos à disposição do distrito sanitário.

RECURSOS MATERIAIS

- ◆ Solicitar a compra de material;
- ◆ Viabilizar a compra de materiais e equipamentos necessários;
- ◆ Fazer levantamento de necessidades.

ORÇAMENTO E FINANCEIRO

- ◆ Elaborar conjuntamente a programação orçamentária e financeira e submetê-la a aprovação do Conselho Distrital;
- ◆ Executar a programação orçamentária e financeira

TÉCNICAS E GERENCIAIS

- ◆ Exercer a responsabilidade sanitária no território distrital;
- ◆ Promover a articulação entre as instituições prestadoras de serviços ;
- ◆ Coordenar o planejamento e execução do distrito;
- ◆ Garantir as condições para o pleno funcionamento do Conselho Distrital e promover a efetiva participação dos usuários em suas reuniões.
- ◆ Aplicar métodos gerenciais e o sistema de informação em saúde;
- ◆ Viabilizar e implantar as ações programadas.

PERFIL DO GERENTE DISTRITAL

- ◆ Ser de nível superior com formação na área de saúde ou de ciências humanas.

3.7 – CONTROLE SOCIAL

O Conselho Distrital de Saúde, presidido pelo gestor do distrito, que participa da elaboração, aprovação e acompanhamento do Plano Distrital de Saúde, deve ser formado contemplando:

- ◆ A composição paritária entre usuários, trabalhadores do setor de saúde e prestadores de serviço conforme lei 8142/1988 e demais diretrizes desta lei;
- ◆ Dentre os usuários, todos os povos ou regiões da área distrital devem estar representados, conforme indicação das comunidades, sendo que nenhum deles deterá a maioria (cinquenta por cento mais um) dos assentos sendo que aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamentos de intérprete por eles indicado;
- ◆ Os trabalhadores do setor saúde deverão estar representados no mesmo número que os prestadores de serviços e serão escolhidos pelas categorias que trabalham e atuam na área de abrangência do distrito.
- ◆ Dentre os prestadores de serviços, deverão ter representação as seguintes instituições:
 - Agência governamental de saúde indígena;
 - Órgão indígena oficial;
 - Secretária estadual de saúde;
 - Secretária municipal de saúde;
 - Universidades;
 - Organizações não governamentais; e
 - Gestores de distrito e sub-distrito.
- ◆ Reuniões ordinárias (numa frequência mínima semestral), ou extraordinariamente, por convocação de seus presidentes ou maioria dos conselheiros;
- ◆ As reuniões deverão acontecer em lugares que propiciem a participação indígena (sempre que possível nas terras indígenas);
- ◆ Os conselhos distritais devem ter orçamento garantido para seu funcionamento, definido no planejamento distrital.

3.8 – MODELO DE GESTÃO

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas, Unidades Organizacionais da FNS/MS, contarão com orçamento próprio, elaborarão seus Planos Distritais de Saúde e terão autonomia administrativa/Financeira para sua execução.

A execução dos planos distritais, estabelecidos os mecanismos que garantam o acompanhamento, avaliação e controle por parte dos usuários indígenas dar-se-á :

- ◆ Por atuação direta do Estado;
- ◆ Estabelecimento de convênios para execução de atividades específicas;
- ◆ Estabelecimento de contratos de gestão com instituições que atuam pelo menos a 2(dois) anos no território distrital e aprovado pelo Conselho Distrital.

Mesmo na existência das diversas formas de agências executoras, a coordenação técnica e executiva das ações se dará por gestor designado pela FNS/MS.

3.9 – FONTES DE FINANCIAMENTO

O Financiamento dos DSEI será garantido mediante a composição das seguintes fontes, que formarão o Fundo Distrital de Saúde.

- ◆ Recursos próprios da saúde indígena (FNS/MS)
- ◆ Recursos da assistência
- ◆ Programas especiais do Ministério da Saúde
- ◆ Organismos de cooperação internacional
- ◆ Iniciativa privada

3.10 – ATRIBUIÇÕES DO GESTOR NACIONAL

A Fundação Nacional de Saúde é o órgão Ministério da Saúde responsável pela execução da política de atenção à saúde indígena em articulação com as Secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde, com as seguintes atribuições :

- ◆ Estabelecer diretrizes e normas nacionais da política de saúde indígena, incluindo a definição de uma política de recursos humanos
- ◆ Promover a articulação intra e intersetorial com outras instâncias do governo federal principalmente nas áreas de educação, meio ambiente e relações exteriores.
- ◆ Coordenar a execução das ações e serviços voltados para a atenção à saúde dos Povos Indígenas no País e exercer a responsabilidade sanitária de todas as terras indígenas do território nacional;
- ◆ Implantar o sistema nacional de informações de saúde indígena .
- ◆ Prestar assessoria técnica e capacitação de R.H. para o desenvolvimento da política de saúde indígena. .

3.11 – INSTÂNCIA NACIONAL DE CONTROLE SOCIAL

No âmbito nacional o controle social será exercido pelo Conselho Nacional de Saúde, apoiado pela Comissão Intersetorial de Saúde Indígena, cuja composição deverá ser revista na III. Conferência Nacional de Saúde Indígena.

3.12 – ETAPAS DO PROCESSO

A construção do subsistema de atenção a saúde dos povos indígenas deve ser entendida como um processo que envolve articulação e negociação com todos os atores interessados na questão. Algumas etapas deste processo vêm sendo trabalhadas, já com formulações preliminares prontas. Outras estão em andamento, conforme as etapas abaixo :

- ◆ Definição do DSEI, caracterizando suas atribuições, modelo de atenção à saúde, gestão controle social.
- ◆ Definição dos Territórios distritais, conformando seus espaços geográficos - Proposta preliminar.

- ◆ Definição do agente indígena de saúde, caracterizando seu perfil, atribuições, formação, supervisão e acompanhamento.
- ◆ Articulação do sub-sistema com o Sistema Único de Saúde. Envolvendo questões relativas a identificação de unidades de referências na rede de assistência do Sistema Único de Saúde, adequação de normas da SAS/MS quanto ao atendimento e forma de financiamento diferenciados, inserção dos agentes indígenas de saúde ao PACS, possibilidades de utilização do PSF, negociação com Estados e Municípios, entre outros.
- ◆ Definição de aspectos institucionais ligados a formalização dos DSEI, orçamento e recursos humanos.

As proposições já definidas estarão sendo submetidas à discussão ampla com todos os segmentos interessados a partir de fevereiro, buscando angariar contribuições para seu aperfeiçoamento e legitimação.

A proposta de encaminhamento adotada pela Fundação Nacional de Saúde/MS contempla um amplo processo de ausculta e discussão que permita a construção de uma Política com efetiva participação social, culminando sua finalização com uma III Conferência Nacional de Saúde para os povos Indígenas.