



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE OPERAÇÕES

Ofício Circular nº 43 /GAB/DEOPE/FNS

Brasília, 29 de janeiro de 1999.

Prezado(a) Senhor(a),

O processo de construção do Sistema Único de Saúde em nosso país ainda não conseguiu estabelecer mecanismos que atendam as necessidades de atenção à saúde dos Povos Indígenas.

2. A atuação fragmentada da FNS/MS e FUNAI/MJ tem aumentado as dificuldades em organizar atividades de forma conjunta que contemplem a especificidade e diversidade da situação dos Povos Indígenas, resultando numa precariedade da atenção com evidentes reflexos no quadro de morbimortalidade.
3. Por outro lado, as lideranças indígenas, em duas Conferências Nacionais de Saúde Indígena, têm reiterado a necessidade de uma instância nacional vinculada ao Ministério da Saúde para tratar da saúde indígena. Esses encontros definiram como estratégia a montagem de um subsistema de Saúde Indígena, articulado com o SUS e tendo como base a estruturação dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde (DSEI).
4. O diagnóstico da situação atual, tanto do ponto de vista da atenção à saúde quanto da estrutura institucional, fez com que o Ministério da Saúde apresente uma proposta de organização da atenção à saúde dos Povos Indígenas.
5. A proposta, que ora submetemos a apreciação de V.S.a, está pautada no "consenso médio" estabelecido nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena, traduzidos em seus Relatórios Finais.
6. Prevê a unificação da atenção no Ministério da Saúde, com execução da Fundação Nacional de Saúde em articulação com as Secretarias de Assistência à Saúde (SAS/MS) e de Políticas de Saúde (SPS/MS), e a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.
7. O documento anexo é um desenho preliminar, para iniciar a discussão, e objetiva:
 - ♦ Caracterizar a decisão política do Ministério da Saúde em assumir completamente a responsabilidade pela questão
 - ♦ Definir a organização institucional da gestão do Subsistema de Saúde Indígena
 - ♦ Detalhar o entendimento do DSEI quanto aos aspectos de gestão, modelo de assistência, controle social, base territorial, recursos humanos, sistema de informações, financiamento e articulação com o SUS.

8. A elaboração dessa proposta contou, desde o seu início, com participação externa ao Ministério da Saúde de diversas pessoas ligadas a questão.
9. Como V.S.a perceberá não é uma proposta completa e acabada. É na verdade uma provocação, visando ampliar a discussão e colher contribuições que permitam qualificar sua conformação final. Alguns aspectos ainda encontram-se em fase de estudos e definição, devendo ser enviados tão logo sejam concluídos.
10. A condução desse processo prevê que, provavelmente, até o começo de Março estaremos incentivando e apoiando a realização de fóruns regionais e estaduais para sistematização das discussões que se iniciam agora.
11. É importante frizar que todas as contribuições serão bem vindas e consideradas, sendo incorporadas no limite das definições legais, institucionais e de política de saúde do Ministério da Saúde.
12. Quaisquer informações adicionais podem ser obtidas junto ao Departamento de Operações da FNS/MS (Fones: (061) 223.1766 / 314.6356 – Fax: 226.7149) e email felias@fns.gov.br
13. Certos de contarmos com valiosa crítica de V.S.a enviamos nossos protestos de elevada consideração.

Atenciosamente,



Ubiratan Pedroso Moreira
Diretor-Geral

PROPOSTA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
A SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS

3

1 – INTRODUÇÃO

A urgência de formular uma política de saúde que contemple as necessidades percebidas pelos povos indígenas no Brasil é dada pela precariedade generalizada de sua situação de saúde conforme demonstram claramente os indicadores de saúde disponíveis onde são verificadas taxas de morbidade e mortalidade muito acima daquelas encontradas na população brasileira em geral.

Essa situação é caracterizada por:

- Perfil epidemiológico marcado por altas taxas de incidência e letalidade por doenças respiratórias, diarreicas, malária, tuberculose, sexualmente transmissíveis, imunopreveníveis;
- Aparecimento de outros agravos (como alcoolismo, violência, suicídio e doenças ocupacionais) decorrentes do contato e pressão da sociedade envolvente;
- Situação de conflito com interesses econômicos regionais e discriminação no acesso ao sistema único de saúde;
- Divisão da responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena entre prevenção e assistência, cabendo cada uma delas a um órgão diferente do governo (FUNAI e FNS), gerando dificuldades na implantação de ações básicas de promoção, proteção e atenção à saúde.

A população indígena brasileira é estimada em 326.000 pessoas de 250 povos, vivendo em 556 terras indígenas (nem todas regularizadas). 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 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 específico da saúde, dos princípios de equidade, universalidade de acesso ao sistema e controle social.

2 – RESPONSABILIDADE INSTITUCIONAL

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, sendo exercida em cada esfera de Governo pelos seguintes órgãos:

1. No âmbito da União, pelo Ministério da Saúde”

Considerando que os direitos indígenas tem sede constitucional e são de competência federal, em Fevereiro de 91 foi editado o Decreto nº 23 visando estabelecer as regras para atenção à saúde indígena. Dois pontos do Decreto devem ser ressaltados: 1) A transferência para o Ministério da Saúde da responsabilidade de coordenação e execução da política de saúde indígena e, 2) A criação de Distritos Sanitários de Natureza Especial como estratégia para implantação do sub-sistema de saúde CIS.

Em Maio de 94 o Decreto 1.141 revoga o de nº 23 e transfere a gestão da política de saúde indígena para a FUNAI e institui a Comissão Intersectorial de Saúde Indígena.

Em outubro/94 a CIS publicou a Resolução nº 02, aprovando o Modelo de Atenção Integral a 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 assistenciais médico-sanitárias”.

Este quadro, que perdura até o 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, no caso da FUNAI e integral à saúde, no caso da FNS, têm encontrado dificuldades em organizar atividades 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 I Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, realizada em 96, vêm sendo desenvolvidas ações voltadas para a concretização dos chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas vinculados a uma 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 (Comunidades Indígenas e Minorias) estabeleceu parecer sobre a questão, onde destacamos os seguintes pontos:

- “O Decreto n.º 1141/93, ao atribuir competência diretiva a CIS e a FUNAI, inserido-as entre os órgãos gestores do SUS, cria direito novo, não instituído na lei que está a regulamentar. Configura-se, assim, o abuso do poder regulamentador, que gera o vício da ilegalidade do ato.”
- “Desta forma, o sub-sistema de atenção à saúde dos Índios deve ser orientada por suas especificidades étnicas e culturais, com garantia de seus sistemas tradicionais de saúde, no âmbito dos Distritos 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 Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas.

3 – NOVO MODELO ORGANIZACIONAL

A gestão da atenção a saúde dos índios deve-se dar no Ministério da Saúde considerando que nele 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 dessa 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 Povos Indígenas, e se conforma como um sub-sistema 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, enfeixando 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 – DEFINIÇÃO DAS BASES TERRITORIAS

Os territórios distritais 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 Estados ou Municípios onde são localizadas as terras indígenas.

Uma primeira abordagem indica a necessidade de aproximadamente 30 territórios distritais, conforme o 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 regional.

3.3 – REDE DE SERVIÇOS

3.3.1 – NOS TERRITÓRIOS DISTRITAIS

Cada distrito deverá constituir 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.

3.3.2 – NOS MUNICÍPIOS DE REFERÊNCIA

Parte da rede de serviços do 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 estes e a rede de serviços do Sistema Único de Saúde. São atribuições das Casas de Saúde do Índio:

- receber pacientes e acompanhantes referenciados pelos distritos;
- alojar e alimentar 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 consulta, exames subsidiários e internações na rede SUS;
- administrar os tratamentos para os pacientes em acompanhamento ambulatorial na rede SUS;
- fazer a contra-referência com os Distritos após a alta do paciente;
- providenciar o retorno imediato dos pacientes e acompanhantes para suas aldeias, por ocasião da alta.

3.3.3 – 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)

3.3.4 – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

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

3.4 – RECURSOS HUMANOS

As equipes de saúde serão compostas minimamente por médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliares e técnicos 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 o planejamento detalhado de atividades, contemplando:

- a – número, dispersão populacional e via de acesso;
- b – perfil epidemiológico
- c – capacidade de promover a formação, supervisão e acompanhamento de agentes indígenas de saúde;
- d – articular processos que viabilizem a profissionalização dos agentes indígenas de saúde;
- e – avaliação epidemiológica, antropológica e pedagógica sistemática.

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

- a – garantir o suprimento e o apoio logístico (transporte, rede de comunicação)
- b – realizar manutenção da estrutura física e zelar pelo patrimônio do distrito;
- c – administração de pessoal.

A equipe do distrito deverá ter uma atitude solidária com sua clientela e deverá estar capacitada para:

- a – perceber e valorizar a cultura de modo a favorecer a expressão do pensamento indígena numa situação de diálogo intercultural;
- b – participar do planejamento, execução e avaliação das ações procurando forma de fortalecimento da articulação inter-institucional e estabelecimento de parcerias;
- c – elaborar e executar programa de formação dos agentes indígenas da saúde propiciando seu acesso a alfabetização e educação escolar;
- d - colaborar com o professor indígena para introdução do tema saúde na escola conforme o Referencial Curricular para as Escolas Indígenas proposto pelo MEC;
- e – promover a articulação regional entre os diversos distritos visando:
 - . garantir o funcionamento das Casas do Índio de referência regional;
 - . compatibilizar as necessidades de níveis regionais e nacionais;
 - . viabilizar a participação indígena nos Conselhos Estaduais de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite.

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

O suprimento das necessidades remanescentes de pessoas pode ser viabilizado pelo estabelecimento de convênios com municípios, ONGs ou outras instituições.

971-5111

3.5 - CONTROLE SOCIAL

O Conselho Distrital de Saúde, presidido pelo seu gestor, participa da elaboração, aprovação e acompanhamento do Plano Distrital de Saúde, e devem ser formados contemplando:

- a) a composição paritária entre usuários e prestadores de serviço conforme lei 8142/1988 e demais diretrizes desta lei;
- b) dentre os usuários, todos os povos ou região da área distrital devem estar representados, conforme indicação das comunidades, sendo que nenhum deles deterá a maioria (cinquenta por cento mais um/0 de assentos sendo que aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento de intérprete por eles indicado;
- c) dentre os prestadores de serviços devem ter representação a agencia governamental de saúde indígena (uma vaga), o órgão indigenista oficial (uma vaga), as Secretarias de Saúde do Estado e dos Municípios da área (uma vaga cada uma), as Universidades (se mais de um prestar serviços devem também escolher um representante de comum acordo), as organizações não governamentais (seguindo os mesmos critérios) e os coordenadores dos eventuais subdistritos ou áreas de abrangência do DSEI;
- d) reuniões ordinárias (numa freqüência mínima semestral), ou extraordinariamente, por convocação de seus presidentes ou maioria dos conselheiros.
- e) as reuniões deverão acontecer em lugares que propiciem a participação indígena (sempre que possível nas terras indígenas)
- f) os conselhos distritais devem ter orçamento garantido para seu funcionamento, definido no planejamento distrital.

3.6 - 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 e financeira para sua execução.

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

- a - por atuação direta do Estado;
- b - estabelecimento de convênios para execução de atividades específicas,
- c - estabelecimento de contratos de gestão.

Mesmo na existência das diversas formas de agencias executoras , o coordenação técnica e executiva das ações se dará por gestor designado pela FNS/MS, que terá como atribuições:

- a - exercer a responsabilidade sanitária no território distrital;
- b - promover a articulação entre as instituições prestadoras de serviços;
- c - coordenar o planejamento e execução das atividades;

- d - ordenar as despesas das atividades a cargo da execução do distrito;
- e - garantir as condições para o pleno funcionamento do Conselho Distrital e promover a efetiva participação dos usuários em suas reuniões

3.7 – FINANCIAMENTO

3.7.1 – FONTES

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

- a – recursos próprios da saúde indígena(FNS/MS).
- b – recursos da assistência
- c – programas especiais do Ministério da Saúde
- d – organismos de cooperação internacional
- e – iniciativa privada.

3.8 - ATRIBUIÇÕES DO GESTOR NACIONAL

A Fundação Nacional de Saúde será o órgão do 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 :

- a - estabelecer diretrizes e normas nacionais da política de saúde indígena, incluindo a definição de uma política de recursos humanos para trabalho em áreas indígenas
- b - promover a articulação intra e intersetorial com outras instancias do Sistema Único de Saúde;
- c -Coordenar a execução de 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
- d -Implantar o sistema de informações de saúde indígena no Brasil

3.9 - INSTÂNCIA NACIONAL DE CONTROLE SOCIAL

O Controle Social será garantido em todos os níveis de gestão com caráter deliberativo. Todas as instancias específicas da controle social em saúde indígena devem atuar de forma articulada com os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, que devem contar com uma representação indígena;

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

3.10 - 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 desse processo vêm sendo trabalhadas, já com formulações preliminares prontas. Outras estão em andamento, conforme cronograma abaixo:

a - Definição do DSEI, caracterizando suas atribuições, modelo de atenção à saúde, gestão e controle social.

Proposta preliminar elaborada.

b - Definição dos territórios distritais, conformando seus espaços geográficos.

Proposta preliminar elaborada.

c - Definição do agente indígena de saúde, caracterizando seu perfil, atribuições, formação, supervisão e acompanhamento.

Proposta preliminar elaborada.

d - Articulação do sub-sistema com o Sistema Único de Saúde. Envolve questões relativas a identificação de unidades de referência 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.

Proposta em estudo conjunto pela Fundação Nacional de Saúde/SAS/MS

e - Definição de aspectos institucionais ligados a formalização dos DSEI, orçamento e recursos humanos.

Proposta em elaboração pela Fundação Nacional de Saúde/MS

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 escuta 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.

