

A CONSTRUÇÃO DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL OS DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS

PROPOSTAS DAS ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS E ORGANIZAÇÕES NÃO
GOVERNAMENTAIS PARCEIRAS NA EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO À SAÚDE
DOS POVOS INDÍGENAS PARA O GOVERNO DE LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL	
Data	____/____/____
Cod.	11000026

I. APRESENTAÇÃO

O presente documento tem por objetivo apresentar à sociedade em geral e em particular aos membros da equipe de transição do Governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o cenário da saúde indígena no Brasil, a partir de uma avaliação dos três últimos anos, quando a saúde indígena tomou forma através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), cuja gestão e operacionalidade foi sustentada através de um modelo de parcerias entre o órgão Federal de Saúde (FUNASA) e organizações não-governamentais, organizações indígenas e municípios.

Além de informações sobre o quadro demográfico e de saúde das populações indígenas no Brasil, serão apresentadas informações sobre a operacionalidade dos serviços, sua base físico-financeira e os primeiros indicadores de impacto das ações nesses três primeiros anos.

Ao final apresenta propostas de reforços e reordenações consideradas importantes para a consolidação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil, na gestão do novo governo.

Estas propostas são resultado de conclusões tiradas pelas organizações subscreventes, por ocasião de reunião realizada na cidade de Brasília, durante os dias 12 e 13 de novembro de 2002, cujo objetivo foi fazer uma retrospectiva dos trabalhos, analisar resultados e apresentar sugestões para o ano 2003, compondo um grupo de organizações das regiões sul, sudeste, centro-oeste e norte do Brasil, onde se concentram 100% das ações conveniadas com Ongs e organizações indígenas e a cobertura de 75% da população indígena atendida.

II. Os POVOS INDÍGENAS NO BRASIL

Até agosto de 2002, foram registradas 374.123 indígenas pelo Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena – SIASI da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. O mesmo sistema identifica 291 etnias, 180 línguas classificadas em 35 famílias lingüísticas.

Estes povos indígenas estão presentes em todos os Estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte. Vivem hoje em 579 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária, cujas extensões somadas compõem 12% do território nacional.

Do ponto de vista sanitário os povos indígenas enfrentam situações distintas de risco e vulnerabilidade, além de pressões e ameaças em suas relações com a sociedade que os cercam, cujas situações variam quase sempre de acordo com o tempo de contato desses povos com a sociedade nacional. Segundo a Fundação Nacional do Índio há indícios da existência de pelo menos 38 grupos que permanecem isolados, sendo que para alguns deles o órgão indigenista federal estabelece programa de contato e identificação territorial.

GRÁFICO I - Demonstrativo da dispersão da população indígena brasileira por macro-regiões

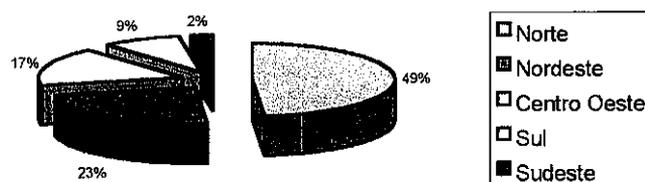


TABELA 1. Distribuição de Etnias, Aldeias e População por Distrito

DSEI	Nº de Etnias	Nº de Aldeias	Nº de Índios
Alagoas	12	33	6.997
Altamira	11	12	1.677
Alto Juruá	11	78	7068
Alto Rio Negro	37	501	27.372
Alto Purus	8	83	5.644
Alto Rio Solimões	4	157	28.190
Amapá e Norte do Pará	9	85	5.821
Araguaia	6	16	2.535
Bahia	12	45	14.988
Ceará	4	47	8.119
Cuiabá	10	74	4.521
Guamá Tocantins	17	35	3.693
Interior Sul	12	130	28.995
Kaiapó-MT	4	12	2.948
Kaiapo – Pará	1	25	3.263
Leste de Roraima	11	232	29.910
Litoral Sul	10	57	3.500
Manaus	15	97	11.108
Maranhão	9	211	19.021
Mato Grosso do Sul	13	58	42.098
Médio Rio Purus	9	56	3.380
Médio Rio Solimões e afl.	9	79	6.710
Minas Gerais e E. Santo	9	43	9.212
Parintins	7	79	7.984
Pernambuco	10	158	27.038
Porto Velho	40	76	6.041
Potiguará	1	34	9.701
Rio Tapajós	5	86	4.985
Tocantins	14	76	6.945
Vale do Javari	5	20	2.585
Vilhena	31	130	4.784
Xavante	1	109	9.910
Xingú	23	50	3.982
Yanomami	2	249	13.398
TOTAL GERAL	387	3225	374.123

III. HISTÓRICO DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

Na história da política indigenista no país nunca houve um sistema de atenção à saúde que proporcionasse aos povos indígenas a garantia dos direitos básicos e o exercício pleno da cidadania nesta área. Até o início do século passado, as ações de saúde estavam restritas às missões religiosas que associavam a assistência aos objetivos da catequese e do proselitismo religioso. Com a criação do Serviço de Proteção ao Índio – SPI, e posteriormente através da Fundação Nacional do Índio – FUNAI, estas ações continuaram a desenvolver-se de forma fragmentada, voltadas principalmente para atividades paliativas e emergenciais, a partir de uma ideologia integracionista e abrangendo uma parcela limitada das áreas indígenas do país.

A partir de 1986, por ocasião da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena – parte integrante da VIII Conferência Nacional de Saúde – teve início a discussão no “movimento indígena” de uma proposta abrangente de política de saúde inserida no contexto da “reforma sanitária” em curso no país. O fortalecimento da organização indígena e sua eficiente mobilização no processo constituinte de 1988 culminaram com o reconhecimento dos princípios de respeito à diversidade étnica e cultural, autonomia nas decisões e responsabilidade federal na questão indígena. Estes princípios, aliados ao acesso universal e igualitário estabelecidos no Sistema Único de Saúde – SUS, colocaram perante o governo federal a necessidade imediata de criar os mecanismos para uma atenção integral à saúde dos povos indígenas.

A II Conferência Nacional de Saúde Indígena em 1993 foi um marco importante nesta trajetória. Antecedida por etapas preparatórias em grande parte das áreas indígenas do país, e com grande participação das organizações indígenas, órgãos governamentais e instituições integrantes do “movimento indígena”, esta conferência lançou as bases para o novo Sub-Sistema de Saúde Indígena, tendo por base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas ligados ao Ministério da Saúde e controlados por conselhos de saúde com participação indígena paritária. Este modelo foi incorporado em 1994 em um projeto de lei do deputado Sérgio Arouca, finalmente aprovado pelo Congresso Nacional em 1999 como Lei 9.836, integrante da Lei Orgânica da Saúde.

A decisão do governo federal a partir de 1999 em dar início ao processo de reorganização da assistência à saúde indígena sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde teve como motivação imediata um parecer da 6a. Câmara do Ministério Público Federal cobrando a omissão governamental. O modelo adotado baseou-se nos princípios da II Conferência Nacional de Saúde Indígena, embora com modificações significativas nos aspectos da gestão, financiamento, autonomia dos distritos, e na efetivação das propostas de capacitação de recursos humanos e controle social, entre outros. A III Conferência Nacional de Saúde Indígena realizada em 2001 apontou várias destas distorções e apresentou propostas concretas para o aprimoramento e democratização desta política.

IV. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA A IMPLEMENTAÇÃO DOS DSEI NO BRASIL

O modelo de organização da saúde indígena no país está fundamentado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, resguardados os direitos a uma atenção diferenciada e específica para cada povo indígena, aos seus sistemas tradicionais de saúde, à sua participação em todas as instâncias de decisão, e à responsabilidade federal na execução desta política. A base do sistema está nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, definidos a partir de critérios geográficos, epidemiológicos e culturais, estruturados a partir de projetos elaborados

com as próprias comunidades organizadas em conselhos locais e distritais de saúde, sistematizados na forma de Planos Distritais de Saúde.

A responsabilidade pela gestão do sistema é do Ministério da Saúde, atualmente delegada à Fundação Nacional de Saúde através do Departamento de Saúde Indígena – DESAI/FUNASA. Este órgão implementa suas ações de forma descentralizada através de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, criados no processo de implantação desta política. O DESAI é responsável pela coordenação geral do sistema, em seus aspectos administrativos e normativos, de vigilância epidemiológica, capacitação de recursos humanos, articulação intersetorial, apoio à mobilização e controle social, entre outros. Conta com uma estrutura e equipe de técnicos no nível central e está inserido na estrutura burocrática da FUNASA.

A implementação das ações no nível dos DSEI está subordinada ao órgão gestor através do chefe do distrito e de uma equipe variável de técnicos lotados na gerência dos distritos. A responsabilidade pela execução direta varia nos diferentes distritos, podendo ser uma parte realizada diretamente pelo órgão gestor, ou através de parcerias com organizações da sociedade civil (convênios), ou de repasses para prefeituras municipais (incentivo incorporado ao Piso da Atenção Básica / SPS). A referência e assistência nos níveis secundários e terciários são garantidas através das Casas de Saúde Indígena e dos hospitais da rede pública por meio de repasses específicos (Incentivos para Atenção Hospitalar da População Indígena – IAPI / SAS).

O controle social deve ser exercido através de conselhos locais de saúde para articulação de um número mais restrito de comunidades indígenas e conselhos distritais de saúde com participação paritária de instituições e representantes indígenas. O órgão gestor deve proporcionar os meios para o funcionamento sistemático destes conselhos, assim como uma política de capacitação de conselheiros indígenas e apoio a outras formas de mobilização comunitária, como assembleias e formas tradicionais de participação existentes nas comunidades indígenas.

V. FINANCIAMENTO

A dotação orçamentária para a ação indigenista no Brasil sempre foi pífia, especialmente na última década, quando reconhecidos os problemas de gestão e capacidade operacional da FUNAI, governo e congresso passaram a diminuir radicalmente os recursos destinados à política indigenista a ponto de se tornarem suficientes apenas para manter o custeio da administração do órgão indigenista e simbólicas ações no campo de demarcação territorial e atividades econômicas.

Enquanto não se resolvia a questão de reforma do órgão indigenista, cujo debate sempre esteve refém de formas clientelistas para manter o órgão intacto ainda que incapacitado para a sua missão, preferiu-se optar, no último governo, pelo fracionamento das ações destinadas aos povos indígenas através das diversas instituições de Estado, sem coordenação ou integração e sem definição clara da missão do Estado com relação aos povos indígenas.

Enquanto isso a FUNAI foi mantida como ente público simbólico. Nunca se trocou tantos presidentes do órgão indigenista em tão pouco tempo, porque o cargo se tornou tão frágil e vulnerável como o seu próprio orçamento.

A saúde indígena, no entanto, pela mobilização nacional operada pelos próprios índios e pelas organizações de apoio, obteve definições operacionais suficientemente objetivas e abriu caminho para a implementação do modelo dos DSEI.

Por gozar de maior mobilidade política ao nível central de governo, a FUNASA, ao assumir a função de gestor a saúde indígena, definiu uma base orçamentária bem mais expressiva do que aquela até então disponibilizada nos orçamentos da FUNAI.

De aproximadamente 20 milhões do ano de 1998, o orçamento da FUNASA em 2000 contemplou cerca de 150 milhões para as ações de atenção básica, saneamento, incentivo hospitalar e Vigisus, como se pode verificar no quadro demonstrativo a seguir.

TABELA 2. Demonstrativo do Investimento Realizado na Saúde Indígena nos anos de 1998 a 2002

Ano	FUNASA				Ministério da Saúde		Total
	Custeio	Capital	Saneamento	Vigisus	Incentivo Hospitalar	Incentivo da Atenção Básica	
1998	12.500.000,00	6.350.000,00	2.650.000,00				21.500.000,00
1999	45.203.000,00	11.123.000,00	6.084.000,00	260.000,00	3.240.000,00	26.340.000,00	92.250.000,00
2000	87.094.000,00	10.514.000,00	9.314.000,00	2.377.000,00	9.760.000,00	31.890.000,00	150.949.000,00
2001	119.566.000,00	4.738.000,00	23.721.000,00	4.703.000,00	11.085.000,00	38.550.000,00	202.363.000,00
2002	115.000.000,00	9.251.000,00	32.000.000,00	9.000.000,00	12.350.000,00	43.812.000,00	221.413.000,00

Fonte: DESAI/FUNASA

O incremento orçamentário impulsionou a instalação dos 34 DSEI no Brasil. Mais do que implantar os distritos, permitiu impulsionar um volume muito expressivo de ações de atenção básica à saúde dos povos indígenas, recuperando parte do déficit assistencial de mais de 10 anos.

Em que pese o incremento orçamentário ocorrido, se comparado ao referencial anterior, o orçamento previsto para o ano de 2003 não é suficiente para suprir deficiências em serviços, infra-estrutura, desenvolvimento do controle social projetados para a consolidação do sistema diferenciado de saúde indígena no Brasil. Um déficit de pelo menos 50 milhões faz com que investimentos em infra-estrutura (predial, comunicação, equipamentos e transporte), gestão governamental do sistema e desenvolvimento do controle social sejam ainda muito precários e sem os quais os resultados atuais já começam a ser perdidos.

VI. A PARTICIPAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL NA ESTRUTURAÇÃO DOS DSEI

Da segunda Conferência Nacional de Saúde Indígena (1993) até a efetiva decisão de implantar os DSEI (1999) decorreram-se seis anos de muitas idas e vindas no meio governamental.

Finalmente, no segundo semestre de 1999, quando o governo decide trazer para o âmbito do Ministério da Saúde a responsabilidade na gestão do subsistema de atenção à saúde

dos povos indígenas, sob a coordenação da FUNASA se iniciou a implantação dos 34 distritos sanitários em todo o território nacional e em cada um deles adotando uma política de buscar parceiros executores da atenção básica ao nível das aldeias com outras instituições, prioritariamente organizações não governamentais.

Tal transferência de responsabilidades foi formalizada através de termos de convênio celebrados e renovados anualmente entre a FUNASA e cada organização, estabelecendo-se planos de trabalhos e repasses financeiros para o cumprimento das atividades e metas detalhadas nesses planos.

Sobre a experiência iniciada pelo governo, nesses três anos, muitas opiniões foram emitidas a respeito do ingresso do 3º setor na implantação dos DSEI, muitas delas reduzindo a compreensão do problema da parceria entre governo e organizações da sociedade civil na implantação das ações de saúde indígena à gramática da terceirização usualmente aplicada nas relações de compra e venda de serviços pelo poder público.

As ONG que aceitaram o desafio de composição de esforços o fizeram balizando-se numa compreensão aprimorada do ponto de vista legal e conceitual a respeito da responsabilidade pública na saúde indígena, na qual o Estado tem prerrogativa indelegável no seu papel de gestor. A gestão do serviço, isto sim, não deve ser terceirizada, ainda que feita com os atores sociais.

Essa interpretação coincide com a emitida pelo Ministério Público Federal, em pronunciamento da 6ª Câmara durante a 3ª conferência nacional de saúde indígena: “A prestação de assistência à saúde indígena é obrigação federal. É que os direitos dos índios devem estar sob a responsabilidade de todos os brasileiros, e não apenas dos habitantes dos estados e municípios onde sediadas as que os índios habitam ... A gestão da assistência à saúde não pode ser delegada ... Apenas a execução de ações e serviços de saúde pode ser terceirizada, sob a condição de que se observe os parâmetros definidos na política nacional de saúde indígena e para cada povo indígena, nas instâncias próprias de controle social do subsistema”.

Assim, as ONG, mesmo participando dos processos de desenvolvimento das bases de controle social, são parceiras promotoras dos atos emanados da gestão do serviço de saúde e não pelo seu próprio mando ou desígnios.

Não por outra razão que a participação das organizações indígenas e não-governamentais se deu numa agenda de chamamento do poder público para a composição de parcerias para suprir deficiências constatadas então no ambiente da administração direta para a implantação dos serviços de saúde, considerando a complexidade e capilaridade que estes deveriam alcançar em curto prazo, em vista do déficit assistencial registrado, bem como da agilidade operacional e do domínio temático que boa parte das ongs já tinham com o trato da questão indígena no país.

Para efeito de formalizar o modelo de parceria almejado, foi adotado o instrumento jurídico disponível na administração pública – os convênios, que por sua vez obedece aos princípios gerais do direito público brasileiro e, para efeito do controle do erário, às normas taxativas da IN 001/97, da Secretaria do Tesouro Nacional.

Tais convênios destinaram recursos para investimento em infra-estrutura (construção e reforma de unidades de saúde nas aldeias), investimentos em aquisição de veículos, equipamentos médico-hospitalares, além de recursos para o custeio das ações de saúde nas aldeias através da contratação dos trabalhadores em saúde, aquisição de materiais e insumos. Foram destinados também recursos para a implementação das ações e instâncias de controle

social e para um programa de formação dos trabalhadores em saúde, notadamente os agentes indígenas de saúde.

VII. SITUAÇÃO DE SAÚDE / SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS

As informações epidemiológicas existentes até 1999 são pontuais, não refletindo até então o estado de saúde dos índios. O registro assistemático existente até então não permite comparações ou projeções com definição de tendências.

Os quadros de morbidade indígena apresentados a seguir consolidam os diagnósticos realizados pelas equipes multidisciplinares, cujas atividades são desenvolvidas nas aldeias em regime de atendimento ambulatorial ou das visitas domiciliares. Em 2001 foram realizados 244.512 atendimentos médicos, 1.196.881 atendimentos de enfermagem, 281.815 atendimentos odontológicos e 645.530 atendimentos do AIS, que resultaram no disposto no quadro abaixo. Essas atividades foram executadas de forma rotineira, com ênfase para as ações preventivas.

TABELA 3. Atendimento ambulatorial por grupos de doenças mais reportadas pelos DSEI, segundo categorias CID 10 – 2001

CID-10	2001
DIP	259.434
Ap. Respiratório	115.955
Pele/Subcutâneo	22.929
Ap. Digestivo	9.115
Olho/Anexos	25.804
Osteomuscular	16.871
Sangue	12.221
Metabolismo	8.506
Ap. Circulatório	8.813
Gênito-urinário	8.444
Causas Externas	9.408
Sistema Nervoso	361
Gravidez/Parto	104
Neoplasias	10
Total	497.975

Fonte : CGASI/DESAI/FUNASA

TABELA 4. Doenças infecciosas e parasitárias reportadas pelos DSEI na demanda ambulatorial – 2001

Doenças	2001
Paratose Intest.	87.902
Infecções Intestinais	88.110
Malária	13.316
Pediculose/Ácaros	1.125
Micoses	59.688
DST	4.544
Tracoma	1.954
Tuberculose	729
Varicela	777
Rubéola	69
Leishmaniose	385
Caxumba	192
Dengue	46
Hepatite Viral	186
Coqueluche	125
Hanseníase	61
Toxoplasmose	0
Outras	225
Total de casos	259.434

Fonte: CGASI/DESAI/FUNASA

A malária, que ocorre predominantemente na Amazônia, foi responsável por 10,9% de todos os atendimentos por DIP em 2000, sendo o terceiro agravo em ordem de importância naquele ano. Comparando-se 2000 com 2001, houve uma redução do número de casos de 26.838 para 13.316.

MORTALIDADE

Os dados de mortalidade em 2001, no geral, apontam apenas a causa imediata e determinante da morte, omitindo, por vezes, os agravos. Óbitos registrados por causas agrupadas, segundo categorias CID –10, por faixa etária – 2001

TABELA 5. Mortalidade por Causa e Faixa Etária

Idade	< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 e +	Ign	TOTAL
Categoria												
Mal Definida	174	67	9	11	17	31	27	32	31	147	47	593
Ap. Respiratório	153	52	8	5	7	5	6	3	5	42	10	296
Infecção-parasitárias	82	54	10	6	5	18	12	7	10	48	9	261
Causas Externas	15	15	7	27	51	63	40	21	25	22	12	298
Metabolismo	76	88	3	2	0	2	2	2	12	44	3	234
Perinatais	140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	140
Ap. Circulatório	1	0	0	1	1	2	6	10	21	95	6	143
Neoplasias	1	6	5	0	3	4	8	4	14	48	7	100
Ap. Digestivo	3	4	0	2	2	2	2	4	11	8	0	38
Malformações	28	4	0	1	1	0	0	0	0	0	1	35
Gênito-urinário	2	2	3	1	0	1	1	0	2	3	0	15
Gravidez/Parto	0	0	0	2	2	4	7	2	0	0	1	18
Sangue	3	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	9
Sistema Nervoso	2	1	0	0	1	2	0	0	0	1	0	7
Outras Causas	1	0	0	0	0	0	1	2	2	2	0	8
TOTAL	681	294	45	59	91	135	113	87	133	461	96	2195

Fonte : CGASI/DESAI/FUNASA

As diarreias em geral, com destaque para as diarreias infecciosas, são importantes causas de morte. Incidem principalmente nas crianças na faixa etária de 0 a 4 anos, apontando especialmente para a desnutrição existente nas aldeias e para as perturbações nas condições de higiene ambiental e pessoal, decorrentes de mudanças induzidas pelo contato.

A primeira causa de morte do grupo “Doenças Infecciosas e Parasitárias – DIP”, no entanto, é representada pelas septicemias ocorrendo principalmente na faixa etária de menores de 1 ano. Parte desses óbitos são decorrentes de infecções intestinais e pneumonias como patologias primárias.

MORTALIDADE INFANTIL

O Coeficiente de Mortalidade Infantil em 1999 foi estimado em 96,8 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000 houve uma redução para 74,6 e, em 2001, outro decréscimo para 56,5. Percebe-se uma nítida tendência de redução, debitada ao impacto das ações de saúde sobre um perfil epidemiológico relativamente simples e susceptível a resultados imediatos. A iniquidade fica evidente ao constatarmos que o CMI dos povos indígenas continua cerca de 3 vezes maior do que o CMI do Brasil.

PESSOAL DISPONIBILIZADO

As tabelas abaixo mostram o quadro de recursos humanos, rede física e ações de saneamento, disponibilizadas em sua maioria através dos convênios.

TABELA 6. Demonstrativo de Recursos Humanos Contratados

PROFISSIONAIS	CONTRATADO
Médico	280
Enfermeiro	412
Dentista	245
Aux. Enfermagem	1.322
Agentes Indígenas de Saúde	2.434
Agentes Indígenas de Saneamento	402
Outros	1.122
TOTAL	6.217

Fonte: DESAI/FUNASA

REDE FÍSICA INSTALADA

TABELA 7. Rede Física Instalada

UNIDADE DE SAÚDE	2000 a 2002	
	construído	Reformado
Posto de Saúde	390	357
Pólo Base	70	112
Casa do Índio	9	34
TOTAL	469	503

Fonte: DESAI/FUNASA

TABELA 8. Equipamentos Adquiridos

EQUIPAMENTOS	ADQUIRIDOS 2000 a 2002
Veículos terrestres	708
Veículos fluviais	574
Radiofonias	1.466
Computadores	579

Fonte: DESAI/FUNASA

VIII. DESAFIOS / PROPOSTAS

1. AÇÃO DE SAÚDE INTEGRADA

A ação de saúde nesses 03 anos, com seu expressivo volume de serviços, tornou-se uma ação destacada de atenção aos povos indígenas, contudo, ilhada num cenário de exclusão desses povos às demais condições básicas de vida, especialmente em regiões onde sofrem as agressões por modelos de expansão econômica desordenada.

As ações de saúde deixam de surtir efeito esperado porque não sustentadas por outras medidas de suporte econômico e ambiental, com geração de bases alimentares, controle de passivo ambiental nos entornos, desenvolvimento de tecnologias de gestão territorial sustentável, acesso à renda e apoio à expressão cultural.

Num quadro assim não será possível manter metas razoáveis, sequer em médio prazo, no campo de saúde, se suas ações não estiverem articuladas com políticas públicas que possibilitem às comunidades indígenas condições básicas de gestão territorial e desenvolvimento socioambiental sustentável .

O governo federal não deveria manter políticas desintegradas e desarticuladas do ponto de vista programático e de gestão, devendo encontrar um modelo que permita uma atuação de forma coordenada e fundada nos mesmos referenciais de conhecimento da realidade das populações indígenas e das metas a atingir.

O governo eleito não pode se furtar à tarefa de encontrar este espaço de coordenação e gestão governamental para a inclusão dos povos indígenas na agenda de atenção por parte do Estado, de forma explícita e bem elaborada.

2. AUTONOMIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DOS DSEI

Atendendo aos indicativos das conferências nacionais de saúde indígena, será preciso avançar com decisões políticas e programáticas para instalar mecanismos de democratização e autonomia administrativa dos DSEI, constituindo quadros mínimos afetos à temática indígena e maior fidelidade executiva nas deliberações orçamentárias dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

Redimensionar a função dos Chefes de DSEI é fundamental, qualificando esta instância para a gestão do sistema e coordenação das ações integradas entre o órgão federal da

saúde, o órgão indigenista, as unidades federativas (SUS), os municípios, as Ongs, a rede hospitalar e outros atores que interagem na saúde indígena.

Considerando o processo em andamento de descentralização da FUNASA, será necessário avaliar a questão do “status” do órgão gestor da saúde indígena no Ministério da Saúde, de forma a garantir maior agilidade e capacidade de responder à especificidade desse setor.

3. INCREMENTO E MAIOR CONTROLE ORÇAMENTÁRIO

Garantir incremento orçamentário da ordem de 40 milhões na base orçamentária apresentada pela FUNASA para o exercício de 2003 na saúde indígena, com recursos previstos no Programa de Saúde da Família. Tal incremento se destina a recuperar parte do déficit em infra-estrutura, equipamentos e pessoal para a atenção básica nas aldeias e na referência.

Centralizar o controle e gestão dos recursos destinados aos programas de incentivo hospitalar e as secretarias municipais de saúde, cuja destinação não é compatível com os serviços prestados, especialmente pela rede hospitalar credenciada, permitindo-se superar definitivamente comportamentos discriminatórios na atenção de referência às populações indígenas.

4. TERMOS DE PARCERIAS COM ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

Definição de instrumento administrativo e jurídico para regulação do regime de parcerias entre o Estado e as organizações da sociedade civil, de forma a estabelecer com maior clareza as responsabilidades, procedimentos e prazos razoáveis de execução. O modelo de gestão e controle deve implementar medidas de apoio ao desenvolvimento institucional especialmente e diferenciadamente para as organizações indígenas parceiras.

Propomos que as organizações parceiras da sociedade civil tenham espaço na proposição e tomada de decisão relativas aos programas de atenção à saúde das comunidades indígenas de forma a melhorar a assistência e a gestão do sistema.

5. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

O órgão gestor federal deve definir e invitar todos os esforços para implementar um programa de capacitação de recursos humanos nos DSEIs, privilegiando a formação em saúde pública, em indigenismo e antropologia indígena dos profissionais de saúde, assim como a formação e profissionalização de Agentes Indígenas de Saúde e técnicos das próprias comunidades nos diversos campos da saúde.

6. PARTICIPAÇÃO INDÍGENA E CONTROLE SOCIAL E FETIVO

A construção de mecanismo de participação social em políticas públicas, mobilizadas sob a ótica da oferta de Estado para as populações que acatam padrões culturais universais já é um desafio complexo. Essa construção parece ainda mais complexa se projetado para os

povos indígenas, uma vez que o modelo de representação sugerido no nosso sistema de representação democrática e ocidental, supõe uma verticalização piramidal pouco reconhecida entre as culturas indígenas.

Os conselhos locais devem ser considerados como instância de maior importância na estruturação e controle do sistema de saúde indígena. As programações executivas devem planificar destacadamente ações de apoio ao desenvolvimento do controle social ao nível das aldeias, privilegiando o acento das diferentes formas de representação política e cultural ao nível das aldeias.

Esforços para privilegiar a inclusão das formas tradicionais indígenas de elaboração no campo da saúde devem ser levadas em conta nas programações de formação dos operadores da saúde, nas rotinas de serviços e nos mecanismos de gestão do sistema.

Brasília, 26 de novembro de 2002.

Abaixo subscrevem:

- ANSA - Associação Nossa Senhora da Assunção
- CIR - Conselho Indígena de Roraima
- COIAB - Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
- CUNPIR - Coordenação da União das Nações e Povos Indígenas de Rondônia, Norte do Mato Grosso e Sul do Amazonas
- Diocese de Roraima
- Diocese de São Gabriel da Cachoeira
- FOIRN - Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro
- ICPV - Instituto de Cooperação Pró-Vida
- Instituto Trópicos
- OPAN - Operação Amazônia Nativa
- PACA - Proteção Ambiental Cacoalense
- Projeto Rondon
- SDC - Sociedade Para o desenvolvimento da Cidadania
- URIHI Saúde Yanomami

Referências para contato:

Instituto Trópicos

Rua João Carlos Pereira Leite, 465 - Bairro Araés – Cuiabá/MT

E-mail: tropicos.saude@terra.com.br

Villi F. Seilert – Coordenador de Pol. Institucionais

Tel/fax: (65) 621-7200

Conselho Indígena de Roraima

Rua Major Manoel Correa, 942 – Bairro São Francisco – Boa Vista/RR

E-mail: cirdsl@technet.com.br

Clovis Ambrósio – Coordenador Indígena

Tel/fax: (95) 3084-0310

Documento apresentado pela comissão indicada pelas organizações subscreventes ao Grupo de Transição do Governo Lula em audiência realizada no dia 27/11/02 às 9:00 hs, na cidade de Brasília.