



Saúde Sem Limites

levando saúde às regiões mais remotas do Brasil.

São Paulo, 06 de dezembro de 2002

Ao Dr. Humberto Costa
Membro da Equipe de Transição Governamental

Assunto: Propostas para os 100 primeiros dias de governo – Saúde Indígena

Prezado Dr. Humberto,

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL

Data 1/12/2002
Cod. 11D00027

Conforme sugerido em seu contato com o Prof. Renato Athias, estamos enviando as sugestões para os 100 primeiros dias de governo, relativas à Saúde Indígena.

As sugestões foram elaboradas pelos membros do Conselho Deliberativo da Associação Saúde Sem Limites (SSL) e pela coordenação técnica da Unidade de Saúde e Meio Ambiente (USMA) do Departamento Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

A SSL participou do processo de implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do Rio Negro (AM), nos anos de 2000 e 2001, mediante convênio com a Funasa. Naquele momento tínhamos a proposta de colaborar com a implantação do modelo assistencial para os povos do Rio Negro, com base na nossa experiência anterior; entretanto já tínhamos clareza que nosso papel não é o de substituir o Estado. Após o período de dois anos avaliamos que o processo de implantação já apresentava sinais de consolidação e, sendo assim, não renovamos o convênio com a referida entidade. Atualmente a SSL mantém suas atividades no Rio Negro, atuando diretamente nas comunidades, mediante apoio financeiro da cooperação internacional, desenvolvendo ações nos temas de saúde e interculturalidade, formação de recursos humanos e assessoria às organizações indígenas em políticas públicas de saúde.

A UNIFESP/USMA trabalha com saúde indígena desde 1965. Sua principal área de atuação é a Terra Indígena Xingu (MT), onde desenvolve atividades de formação de recursos humanos indígenas para a saúde, de forma sistemática, desde 1990. Trabalha ainda com os povos Panará, em Mato Grosso e Guarani, no município de Bertioga, estado de São Paulo. No presente momento mantém convênio com a FUNASA para a execução das ações de Atenção Básica à Saúde na DISEI Xingu. A UNIFESP participou da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio

As nossas propostas para os 100 primeiros dias de governo são as seguintes:

Proposta	Motivos	Problemas a enfrentar	Sugestões
1. Retorno da responsabilidade da execução das ações de saúde para o âmbito governo federal	<ul style="list-style-type: none"> A Constituição determina que as ações voltadas para os povos indígenas são de responsabilidade federal; A prática de execução mista tem provocado distorções e confusões no papel dos diversos atores sociais, principalmente quando os convênios são feitos com organizações indígenas, que passam do papel de representantes dos usuários para o de executores das ações. 	<ul style="list-style-type: none"> Restrições do governo federal para a contratação de pessoal qualificado e compromissado para trabalhar nos DSEIs junto aos povos indígenas; O impacto sobre as ONGs e organizações indígenas conveniadas, que montaram grandes estruturas para dar conta da execução das ações de saúde. Escassez de profissionais de saúde capacitados para o trabalho junto a povos indígenas. Dificuldade de enquadrar o trabalho em áreas indígenas nas leis trabalhistas vigentes (cargas horárias, horários noturnos, trabalho em finais de semana, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar informações à 6ª Câmara sobre o processo de implantação da Política Nacional de Saúde, especialmente no período de 1998 e 1999, com atenção especial quanto à execução terceirizada dos serviços de saúde indígena. Criar alternativas gerenciais que promovam mais agilidade e efetividade das ações programáticas. O Estado e a Prefeitura de São Paulo, por exemplo, estão transformando alguns setores de assistência direta em autarquias. A superintendência é função do governo, o planejamento e supervisão são conjuntos e a execução é feita por funcionários antigos (regime CFL) e os novos com contrato CLT. Definir, junto às conveniadas, com especial atenção para as organizações indígenas, um processo de transição do modelo misto para o de execução federal. Solicitar o apoio das ONGs para a execução de ações complementares, vinculadas (e supervisionadas) ao programa governamental, com o objetivo de aperfeiçoar a qualidade dos serviços prestados. Fomentar capacitação de profissionais de saúde para o trabalho em áreas indígenas junto aos centros formadores (Universidades, Escolas Técnicas de Saúde etc) e às ONGs que tenham experiência na formação de recursos humanos para trabalhar junto aos povos indígenas. Definir junto com o Ministério do Trabalho e entidades representativas dos trabalhadores de saúde, um contrato de trabalho que seja adequado às especificidades do trabalho no interior das áreas indígenas.

Proposta	Motivos	Problemas a enfrentar	Sugestões
2. Caminhar no sentido da incorporação efetiva do subsistema de saúde indígena ao SUS, de forma diferenciada, e garantir o comando único das ações de saúde nos DSEIs.	<ul style="list-style-type: none"> O modelo de atenção à saúde dos povos indígenas é um subsistema do SUS. Os DSEIs portanto, devem ser entendidos como as unidades gestoras locais desse subsistema, com autonomia técnica e administrativa, seguindo normas gerais emanadas pelo gestor federal. Observa-se na prática dos DSEIs a fragmentação das ações, principalmente naqueles onde a execução é feita por mais de uma entidade conveniada: cada conveniada apresenta à Funasa sua proposta anual de trabalho (aprovada nos Conselhos Distritais de Saúde) e esses planos nem sempre são compatibilizados em um único plano distrital de saúde Nos DSEIs onde o convênio se dá entre prefeitura e Funasa, cabe à primeira contratar e manter os profissionais e à Funasa prover os insumos para a 	<ul style="list-style-type: none"> Será necessária uma mudança da estrutura administrativa para transformar os DSEIs em unidades gestoras locais. Com repasse de recursos fundo a fundo. São 34 distritos que teriam vinculação direta com o governo federal através do Ministério da Saúde. Existem 27 administrações regionais da Funasa, que vêm resistindo à proposta de repasse fundo a fundo. Essas regionais, no tocante à saúde indígena, praticamente perderiam a função de existir caso a reforma seja feita. Acontece que hoje, com a municipalização das endemias e do saneamento, as regionais simplesmente existem em função da saúde indígena. Fazem o papel de <u>verdadeiros atravessadores</u> do sistema. Nessas regionais está alocado um grande número de servidores públicos; a realocação desse pessoal implicará em grande desgaste político, embora vários deles, devidamente capacitados poderiam ser realocados para os DSEIs. 	<ul style="list-style-type: none"> Essas mudanças são profundas e só poderão ser efetivadas mediante decisão política do governo federal, porém são necessárias para a efetiva incorporação do subsistema de atenção à saúde indígena ao SUS; Os gestores estaduais deverão criar instâncias de articulação com os DSEIs, para ações de vigilância epidemiológica, imunização, procedimentos de alto custo etc.; OS DSEIs deverão ter representação nas comissões intergestoras regionais e nos conselhos municipais e estaduais de saúde; Readequação das PPI (aproveitando a implantação das NOAS, por exemplo), redirecionando os financiamentos de atenção secundária e terciária referentes à população indígena para os municípios-sede de distritos, que por sua vez seriam os responsáveis pela adscrição dessa população em seus serviços de atenção secundária e terciária. O município-sede de módulo

	<p>execução. Essa prática leva, muitas vezes, a não realização das ações pois não há um mecanismo formal de articulação entre o gestor local e a FUNASA. É comum, também o deslocamento de equipes contratadas para trabalhar com a população indígena para outras funções nas Secretarias Municipais de Saúde. Por outro lado, em várias ocasiões, a Funasa não dispõe de recursos para prover os insumos necessários à atenção básica que deveriam ser repassados aos municípios conveniados.</p>		<p>deveria incorporar em sua PPI os distritos cuja sede fique em municípios que pertençam ao respectivo módulo (NOAS).</p>
--	---	--	--

Proposta	Motivos	Problemas a enfrentar	Sugestões
<p>3. Efetivar a mudança das práticas sanitárias em saúde indígena</p>	<ul style="list-style-type: none"> Porque é isso que se espera de um modelo assistencial na forma de Distritos Sanitários. Apesar dos avanços, consideráveis e inéditos na história do país, propiciados pela implantação dos DSEIs, a execução da Política Nacional de Saúde Indígena não está na direção da efetiva incorporação, de forma diferenciada, do subsistema de saúde indígena ao SUS. O planejamento parte do nível central, desconsiderando a realidade de cada território distrital. O gerente local (chefe de distrito) é escolhido pelo critério principal de ser funcionário da FUNASA e não por sua capacidade técnica para exercer tal função. A realidade, na grande maioria dos DSEIs, é a existência de um gerente local que, mesmo sem a devida competência, interfere na área técnica e que não tem capacidade para realizar a articulação com os demais serviços da rede do SUS. Muitas vezes, as instituições conveniadas para serem executoras das ações confundem os papéis e acabam tentando, sem legitimidade, fazer o papel de gestores locais. 	<ul style="list-style-type: none"> O redirecionamento das práticas sanitárias é, em si uma dificuldade de todo o SUS. População indígena submetida historicamente a práticas altamente medicalizadas; 	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar um processo de avaliação dos DSEIs, com a participação de consultores independentes e experientes quanto a organização de serviços de saúde e no trabalho de saúde em comunidades indígenas; Elaborar um perfil profissional para a figura do Chefe de Distrito, a partir da redefinição do papel do gerente local; Fortalecer as instâncias de deliberação e de participação social (Conselhos Locais e Conselhos Distritais de Saúde); Redirecionar os trabalhos da Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), instância consultiva do Conselho Nacional de Saúde, cuja função primordial é acompanhar e colaborar na a implantação da Política Nacional de Saúde Indígena. Inserir o CONASS e CONASEMS na discussão da Saúde Indígena
<p>4. Garantir orçamento específico para as ações de saúde nos DSEIs</p>	<ul style="list-style-type: none"> Assegurar o resgate da dívida histórica do país em relação aos povos indígenas; Possibilitar o planejamento plurianual das ações nos DSEIs; Possibilitar as mudanças necessárias no perfil epidemiológico das comunidades indígenas. 	<ul style="list-style-type: none"> O orçamento específico para a saúde indígena em 2003 é totalmente insuficiente para a manutenção das ações de saúde necessárias; Os povos indígenas se constituem num grupo minoritário, do ponto de vista populacional, o que dificulta a aprovação, pelo Congresso, de emendas que garantam um orçamento específico para saúde indígena. 	<ul style="list-style-type: none"> Remanejar 60 milhões de reais do orçamento do PSF para a Saúde Indígena. Fomentar a articulação e mobilização das lideranças indígenas realmente representativas e dos apoiadores do movimento indígena para sensibilizar senadores e deputados federais para votarem essa matéria.

Proposta	Motivos	Problemas a enfrentar	Sugestões
<p>5. Resgate do papel do órgão indigenista na interlocução entre as</p>	<ul style="list-style-type: none"> A FUNAI está totalmente sucateada. Seu orçamento é insuficiente, está envolvida em várias denúncias de corrupção, e faltam recursos humanos qualificados para o trabalho indigenista. 	<ul style="list-style-type: none"> Cooptação de várias lideranças indígenas pela FUNAI, objetivando a manutenção do atual estado de coisas e dificultando as reformas necessárias no órgão indigenista. 	<ul style="list-style-type: none"> Retomar as propostas de re-estruturação da FUNAI apoiadas pelo movimento indígena e apoiadores

<p>sociedades indígenas e a sociedade nacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> Os DSEIs vêem-se na contingência de cobrir lacunas deixadas pelo órgão indigenista, acarretando em desvio dos recursos humanos e financeiros do setor saúde para outras áreas, que seriam de competência do órgão indigenista. 		<ul style="list-style-type: none"> O governo deve priorizar junto à sua bancada, a votação do estatuto do índio, em trâmite há mais de 10 anos no Congresso Nacional, de forma articulada com o movimento indígena e apoiadores.
<p>6. Demarcação das áreas indígenas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ainda temos áreas indígenas a serem demarcadas, muitas delas em situações de conflito. O prazo constitucional para demarcação de todas as áreas indígenas expirou em 1994. A disponibilidade de terra é fundamental para a manutenção da saúde dos povos indígenas 	<ul style="list-style-type: none"> Resistência de setores da sociedade ligados à exploração madeireira, de minérios e dos representantes dos grandes proprietários de terra. Pouco entendimento da necessidade de demarcação das terras indígenas por parte da sociedade como um todo: o discurso de <i>muita terra para pouco índio</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover a imediata demarcação das terras indígenas que já iniciaram o processo demarcatório; Iniciar processos demarcatórios nas demais terras indígenas já identificadas.

Esperamos que estas sugestões possam colaborar com o novo governo nos assuntos relativos a Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas e nos colocamos à disposição para maiores informações. Segue abaixo, a identificação dos membros do Conselho Deliberativo da SSL e da coordenação técnica da USMA/UNIFESP.

Atenciosamente,

Marina Machado
Coordenadora Executiva

Conselho Deliberativo SSL

Elvira Toledo (presidente): Odontóloga, especialista em Administração para a Saúde Pública pela USP; desenvolveu, pela SSL, projetos de saúde no Acre, com populações indígenas.

Maria F. Bittencourt: Médica pediatra, especialista em Saúde Pública e mestre em Saúde Coletiva, pelo ISC/UFBA; coordenou e executou, pela SSL, o Projeto de Saúde da UNI-Acre, atuou na implantação do DISEI Amapá e atualmente trabalha na equipe do PSF do DSEI Bahia, em Ilhéus.

Renato Athias: antropólogo, doutor em antropologia pela Universidade Paris X (Nanterre) e docente do Departamento de Antropologia da UFPE; consultor em antropologia indígena em diversas áreas do país; coordenou, pela SSL, o Projeto Rio Negro em sua primeira fase e, atualmente, assessora a implantação do DSEI-PE e o Projeto de Medicina Tradicional da SSL no Rio Negro.

Douglas A. Rodrigues: Médico sanitaria, mestre em Economia da Saúde pela UNIFESP; atuou como membro da CISI, foi consultor para o Mato Grosso pelo Projeto PNUD, trabalha há 20 anos com os povos indígenas do Xingu e atualmente é o coordenador do projeto Xingu.

Marina Machado: Enfermeira, especialista em Antropologia da Saúde pela UFPE e mestranda em Epidemiologia pela UNIFESP; atuou como enfermeira de campo no Projeto Xingu, coordenou, pela SSL, o Projeto Rio Negro em sua segunda fase e o projeto de implantação do DSEI-RN, no âmbito do convênio SSL/Funasa, atualmente é coordenadora executiva da SSL.

Hélio Barbin: Médico, mestre em Antropologia da Saúde pela UFSC, coordenou, pela SSL, o projeto de Saúde Reprodutiva no Acre, junto aos seringueiros e seringueiras da Reserva Extrativista do Alto Rio Juruá.

Alex Shankland: Pesquisador da Universidade de Sussex, Inglaterra; consultor em Desenvolvimento Social com atuação no Brasil e África Austral e ex-representante no Brasil da organização internacional Health Unlimited.

Coordenação Técnica DISEI-Xingu:

Dr. Douglas A. Rodrigues – coordenador do Projeto Xingu, Departamento de Medicina Preventiva/UNIFESP

Dra. Sofia Mendonça: médica sanitaria pela UNIFESP, mestre em Antropologia da Saúde pela PUC-São Paulo, atualmente é coordenadora da formação de Recursos Humanos no projeto USMA/UNIFESP – DISEI-Xingu

Associação Saúde Sem Limites:

Rua 03 de Maio, 223 – Vila Clementino - São Paulo CEP: 04044-020

Tel/fax: (11) 5539-3803; 5539-2968;

e-mail: sslim@uol.com.br;

Website: www.saudesemlimites.org.br