



A INTEGRAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA NO SUS: UMA PROPOSTA DA GESTÃO ESTADUAL.

- 1) APRESENTAÇÃO
- 2) POPULAÇÃO POR ALDEIA E DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA
- 3) HISTÓRICO E ANTECEDENTES DA SAÚDE INDÍGENA
- 4) LEVANTAMENTO DA SITUAÇÃO ATUAL NOS ESTADOS BRASILEIROS
- 5) PLANO DE AÇÃO DA SESAI/MS E PROPOSTA DA SAS/MS
- 6) ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
- 7) O DEBATE SOBRE A ATENÇÃO DIFERENCIADA
- 8) CONCLUSÕES E SUGESTÕES DE ESPECIALISTAS
- 9) CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCAMINHAMENTOS

1) APRESENTAÇÃO

Segundo conteúdo de sua página oficial, consultada em 01/12/2013, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) foi criado em 03 de fevereiro de 1982 e tem sede em Brasília, Distrito Federal. É uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público e que congrega os Secretários de Estado da Saúde e seus substitutos legais, enquanto gestores oficiais das Secretarias de Estado da Saúde (SES) dos estados e Distrito Federal.

Sua Missão é promover a articulação e a representação política da gestão estadual do SUS, proporcionando apoio técnico às Secretarias Estaduais de Saúde, coletiva e individualmente, de acordo com as suas necessidades, por meio da disseminação de informações, produção e difusão de conhecimento, inovação e incentivo à troca de experiências e de boas práticas.

Dessa forma, preocupado com a atenção à saúde indígena, apontou para a construção de uma proposta que fosse assumida pela gestão estadual e discutida nos espaços tripartites.

A fim de garantir um processo de construção coletiva, iniciou pela realização de uma oficina, em 19/11/2013, com representantes estaduais que informaram a situação atual e propuseram soluções.

A sistematização das contribuições dos estados foi analisada por um grupo de experts na questão indígena, em 10/03/2014, que também acrescentou propostas de solução, inclusive considerando os encaminhamentos da Conferência Nacional de Saúde indígena, ocorrida de 02 a 06/12/13.

Finalmente, o documento foi debatido na Assembleia do CONASS no dia 26 de março de 2014 e, enriquecido com as observações dos gestores estaduais, será apresentado à Comissão Intergestores Tripartite.

2) POPULAÇÃO POR ALDEIA E DISTRITO SANITÁRIO INDÍGENA

Existem no Brasil, segundo o IBGE, a partir dos levantamentos do censo 2010, divulgados em 10 de agosto de 2012, 896.900 indígenas pertencentes a 305 etnias e que falam 274 idiomas. Porém os dados constantes na página da SESAI/MS são os constantes no quadro abaixo.

DSEI	UF	População	Aldeias	Famílias	Etnias	Polo Base	Posto de Saúde	CASAI
Alagoas/Sergipe	AL SE	15.497 hab	32	4.270	12	12	04	-
Altamira	PA	2.555 hab	59	630	16	01	-	01
Alto Rio Juruá	AC	11.453 hab	205	2.875	14	07	-	01
Alto Rio Negro	AM	28.074 hab	1.771	9.770	28	25	-	01
Alto Rio Purus	AC	8.812 hab	174	2.172	09	06	-	-
Alto Rio Solimões	AM	47.185 hab	274	10.224	10	12	-	01
Amapá e Norte do Pará	AP e PA	9.691 hab	262	2.488	10	06	-	01
Araguaia	GO MT TO	4.145 hab	91	1.069	09	04	-	01
Bahia	BA	26.889 hab	105	6.696	13	06	-	-
Ceará	CE	22.216 hab	88	6.942	12	16	-	-
Cuiabá	MT	6.842 hab	103	1.581	10	05	-	03
Guamá Tocantins	TO PA	7.129 hab	186	2.112	25	08	-	02
Interior Sul	SP PR SC RS	40.486	297	12.659	10	08	-	01
Caiapó	MT	5.031 hab	86	1.589	10	08	-	08
Caiapó	PA	4.468 hab	43	1.159	01	04	-	01
Leste Roraima	RR	40.611 hab	471	10.167	12	34	-	-
Litoral Sul	RJ SP PR SC RS	9.347 hab	344	2.974	17	14	-	03
Manaus	AM	24.064 hab	378	5.009	37	16	-	01
Maranhão	MA	30.557 hab	469	7.854	10	06	-	01
Mato Grosso do Sul	MS	68.860 hab	202	20.083	10	15	-	03
Medio Rio Purus	AM	6.693 hab	161	1.431	09	10	-	02
Medio Rio Solimões e Afluentes	AM	15.607 hab	158	3.104	17	15	-	03
Minas Gerais e Espírito Santo	MG ES	14.461 hab	138	3.500	11	18	-	-
Parintins	AM PA	11.332 hab	104	2.176	03	12	-	02
Xingu	MT	6.018 hab	73	529	14	04	-	03
Pernambuco	PE	46.874 hab						
Porto Velho	RO AM MT	10.827 hab	574	2.148	60	05	-	04
Potiguara	PB	14.831 hab	65	4.622	01	03	-	-
Rio Tapajós	PA	9.047 hab	160	1.926	04	11	-	02
Tocantins	TO	9.704 hab	238	2.384	16	05	-	-
Vale do Rio Javari	AM	4.915 hab	105	1.405	07	08	-	01
Vilhena	RO MT	6.810 hab	277	1.833	16	04	-	04
Xavante	MT	15.299 hab	190	2.986	01	06	-	02
Yanomami	RR AM	18.995 hab	277	4.178	03	35	-	-
34	24*	605.325 hab	8.160	144.545	439	344	-	45

- Não há indígenas no DF e nos estados do PI e RN

3) HISTÓRICO E ANTECEDENTES DA SAÚDE INDÍGENA

Muito tempo se passou desde que os Missionários cuidavam dos Índios. E se for considerado o período transcorrido entre o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) já foram 100 anos.

Ainda assim continuam os debates sobre como operar a atenção à saúde indígena e, infelizmente, esta permanece em condições precárias, em muitos locais com características itinerantes ou por demanda, de forma fragmentada.

As primeiras tentativas para criação de um sistema de saúde indígena datam de 1985/86 quando a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio propôs que o Ministério da Saúde assumisse a gestão da saúde indígena com a participação dos indígenas na formulação das políticas.

Até então, essa incumbência era da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), criada em 1967, no Ministério do Interior.

Com a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), no Ministério da Saúde, em 1990, resultante da fusão entre a Fundação SESP e a SUCAM, começa a organização dos DSEI – Distritos Sanitários Indígenas, apontados como modelo de gestão satisfatório na 2ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1993.

Entretanto, até 1999, desenrola-se uma discussão jurídica sobre a figura institucional a ser responsabilizada pela saúde indígena, a qual termina por confirmar a FUNASA e criar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena dentro do SUS, o SASISUS.

As denúncias de precariedade no atendimento eram constantes, embora avançasse a organização dos DSEI, principalmente pela dificuldade em conseguir profissionais que permanecessem nas comunidades indígenas, prestando atenção primária em saúde.

Também pela ausência de uma política de contratação de Recursos Humanos, tentou-se que os municípios implantassem equipes de saúde da família, o que não alcançou a cobertura devida, até pelo elevado número de aldeias: são 4.950, segundo informações da SESA/MS.

Essas dificuldades levaram à formação de um grupo de trabalho, em 2008, após a realização de seminário em Brasília, encarregado de elaborar propostas para um novo modelo de atenção à saúde indígena.

As conclusões pediam autonomia para os DSEI e criação de uma Secretaria Especial de Saúde Indígena, no âmbito do Ministério da Saúde (antes, havia sido refutada a proposta de ter um departamento dentro da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, que não chegou a ser criada).

Como se pode perceber, as discussões sempre se referiram à gestão que, enfim, ficou prejudicada por tantas idas e vindas, com transições nem sempre cuidadosas. A questão assistencial com a) 100% de atendimento na atenção primária dentro da própria comunidade, com requisitos de longitudinalidade, vínculo, inserção na comunidade com foco na família, integralidade e intersetorialidade; b) garantia de acesso à atenção especializada e c) integração às redes prioritárias de atenção à saúde, não foi debatida em profundidade.

A fragmentação do cuidado nunca permitiu que se tivesse um olhar tripartite para a questão indígena na saúde, garantindo a assistência sem perder o respeito à diversidade cultural e estabelecendo regras justas de financiamento. Ou seja, a inserção da saúde indígena no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não aconteceu de forma satisfatória.

4) LEVANTAMENTO DA SITUAÇÃO ATUAL NOS ESTADOS BRASILEIROS

Conforme já apontado anteriormente, o CONASS, preocupado com a situação da saúde indígena no Brasil, se empenhou na construção de uma proposta de integração do cuidado com esse grupo populacional às redes prioritárias de atenção à saúde, incluindo a otimização das ferramentas de gestão, em especial a regulação e o planejamento. Dessa forma, optou pelo debate acerca dos problemas e possíveis soluções que levassem à construção de uma proposta da gestão estadual a ser ratificada de forma tripartite, destinada a promover a integração.

Com vistas à garantia da construção coletiva, realizou uma oficina para a qual foram convidados os 24 estados brasileiros onde existe população indígena e para

cujos representantes se solicitou apresentar a situação atual da saúde indígena, focando especialmente as seguintes questões:

- A relação das Secretarias Estaduais de Saúde com a Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde, através dos Distritos Sanitários Indígenas;
- A atuação institucional das Secretarias Estaduais de Saúde;
- Os problemas existentes na atenção primária, na atenção especializada ambulatorial, na atenção hospitalar, do ponto de vista da qualidade da assistência; da infraestrutura; do acesso; da regulação e da gestão;
- Os problemas existentes na assistência farmacêutica e na vigilância em saúde;
- Sugestões para resolver ou minorar os problemas elencados, bem como as oportunidades e/ou dificuldades para colocá-las em prática.

No dia da referida oficina, 19/11/13, estiveram representados 11 estados (AC, MS, GO, PE, TO, BA, PR, SP, RR, MA e RS) e outros 06 (RJ, SE, PA, ES, AP e AM) enviaram suas informações por e-mail. Há bastante similaridade entre os depoimentos, o que permite pensar que suas observações também sejam pertinentes para os demais. A sistematização de todas as informações obtidas está apresentada a seguir.

Com algumas exceções, a relação entre Secretarias e Distritos Indígenas é muito frágil ou mesmo inexistente. Com isso, a questão da saúde indígena não compõe o planejamento estadual de saúde, não se incorpora às redes prioritárias de atenção e não é objeto de protocolos que poderiam melhorar o acesso e a resolutividade.

Na mesma linha, está a atuação institucional das Secretarias Estaduais de Saúde: das 17 ouvidas somente 03 possuem uma estrutura formal voltada para a saúde indígena. Algumas participam eventualmente de reuniões, mas não há continuidade nem planejamento específico.

Os relatos são muito preocupantes no que diz respeito à assistência, regulação e gestão:



- na **atenção primária** a infraestrutura é precária; os prédios das UBS, onde existem, não recebem manutenção;

- muitas aldeias não têm soluções sanitárias para destino dos dejetos e nem cobertura satisfatória de abastecimento de água potável;

- há grande dificuldade em fixar profissionais, em especial os médicos. Além dos entraves já conhecidos (isolamento por grandes períodos; acomodação inadequada; dificuldade de adaptação), muitas comunidades indígenas têm dificuldade em aceitar profissionais jovens e também não aceitam o concurso público; as equipes em exercício não estão capacitadas para lidar com as diferenças culturais: um exemplo muito impactante foi a busca ativa de gestantes para o pré-natal: algumas comunidades consideram isso uma violência, pois “esse período só interessa à família”;

- não há material educativo disponível nas línguas nativas;

- incipiente participação intersetorial e interinstitucional. As ONGs e equipes multidisciplinares dos Polos Base, responsáveis pelas ações de saúde indígena não integram o sistemas municipais de saúde (referencia e contra referencia);

- descontinuidade das ações de saúde nas áreas indígenas, muitas vezes oferecidas apenas como mutirões itinerantes;

- os DSEI têm dificuldades para adquirir insumos e também para administrar recursos de convênios eventualmente oferecidos pelos estados ou municípios;

- os Pajés preferem que o atendimento se dê na própria Aldeia, por isso se mostram contrários aos programas de cunho itinerante, operados por algumas Secretarias Estaduais de Saúde; para os indígenas o enfrentamento das doenças se dá primeiro em casa, com os recursos aprendidos com os ancestrais; se não houver melhora, o Pajé é consultado e só depois, se necessário, o médico é procurado.

- na **atenção especializada ambulatorial e hospitalar** o acesso é difícil; nas situações em que a vaga é conseguida, ainda é preciso enfrentar a falta de transporte, bem como o fato dos indígenas se fazerem acompanhar de toda a família quando em tratamento fora do domicílio, sendo necessário providenciar abrigo e alimentação para todos; as CASAI estão superlotadas e são palcos de conflitos; às vezes fazem o papel de hospitais sem ter condições para tal;



- vários estados falaram em “racismo institucional” por parte dos serviços e dos profissionais: às vezes se negam a atender ainda que veladamente; não permitem a presença do Pajé;

- as unidades básicas de saúde não são habilitadas como solicitantes no SISREG e a regulação praticamente inexistente; o acesso aos exames complementares é muito difícil;

- a assistência farmacêutica também foi relatada como um nó crítico na atenção à saúde indígena: os medicamentos básicos não estão garantidos, principalmente pela dificuldade de aquisição por parte dos DSEI; aqueles que não fazem parte do rol dos especializados e dos estratégicos não chegam às Aldeias;

- “é complicado para os indígenas entenderem que o remédio está disponível no município, mas eles não conseguem obtê-lo”;

- na **vigilância em saúde** as notificações são prejudicadas pela instabilidade da atenção primária; foi também relatada dificuldade do registro com recorte racial; um aspecto muito debatido foi a informação em saúde: os dados da atenção à saúde dos indígenas não se incorporam aos bancos de dados nacionais e no momento atual há outro agravante – o SIASI (Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena) não está sendo alimentado porque será substituído por outro;

- não há pessoal suficiente para as ações de controle de vetores; acompanhamento de casos; estímulo para adesão aos tratamentos. A cobertura vacinal é baixa;

- no controle social não há representatividade da população indígena e nem as questões inerentes a esse grupo fazem parte das agendas dos conselhos de saúde.

Por outro lado, foi muito rico o debate sobre possíveis soluções para os entraves apontados, o que já delineou a proposta pretendida pelo CONASS:

- Inicialmente, seria importante e necessário olhar cada território como um todo, organizar a rede de atenção e discutir financiamento; ou seja, sem separar as populações indígenas e não indígenas;
- A Atenção Primária em Saúde precisa ser garantida pela SESAI/MS para 100% da população indígena, respeitando todos os seus princípios, adotando um modelo centrado na linha do cuidado, com foco na família indígena, com



integralidade e intersectorialidade das ações, considerando e valorizando as práticas tradicionais da cultura indígena. Considerar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS;

- Garantir assistência farmacêutica suficiente e oportuna, devendo ser rediscutida a portaria 2.974 de 04/12/13 que indica o desconto de estados e municípios dos valores gastos pela SESAI para comprar medicamentos. Considerar a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos;
- É necessário revisar a regionalização dos DSEI e/ou definir instrumentos de pactuação interestadual incluindo a definição de responsabilidade sobre os gastos pertinentes à demanda indígena interestadual (TFD);
- Em se mantendo o subsistema, isso implica em arranjos diferenciados, daí a necessidade de discuti-los de forma tripartite;
- As unidades básicas de atenção aos indígenas devem ter CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) próprio e a sua produção ser incorporada nos bancos de dados nacionais, além de serem consideradas solicitantes no SISREG;
- A estrutura física dos polos base, CASAI e DSEI deve ser melhorada, sendo importante que o CONASS e o CONASEMS participem do GT criado pela portaria 3.060 de 11/12/13;
- Para o acesso à atenção especializada ambulatorial e hospitalar é necessário inserir a atenção à saúde indígena nos planos de ação das redes prioritária, garantindo a integralidade do cuidado e adotando estratégias específicas como, por exemplo, a utilização da classificação de risco com outros critérios que não somente os biológicos;
- As CASAI devem ter atendimento como hospitais de pequeno porte ou ser apenas casas de apoio? Não há consenso quanto a isso;
- Instrumentos como o Telessaúde deveriam ser utilizados para a capacitação das equipes da atenção primária no trato das questões culturais da saúde indígena garantindo um espaço adequado na política de educação permanente;
- Os materiais informativos devem ser construídos com a participação de líderes indígenas e ofertarem a opção da língua nativa;



- Um modo de fortalecer o controle social na saúde indígena seria ter conselhos locais nos polos base, formados por membros das comunidades abrangidas e tendo representantes nos conselhos estaduais ou municipais, bem como participação nas Comissões Intergestores Regionais (CIR). Da mesma forma os DSEI poderiam participar das discussões das Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Mas como fazer isso do ponto de vista institucional e legal? Em tempo: no decorrer da elaboração desta proposta, foi publicada a Resolução CIT nº 10, de 17/12/13, cujos artigos 1º e 2º são transcritos a seguir:

Art. 1º Fica aprovada a participação dos representantes dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI/SESAI/MS), na qualidade de convidados, nas reuniões e atividades realizadas pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Comissões Intergestores Bipartites (CIB) de modo a promover a articulação e integração dos gestores do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) com os gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS) em torno de temas afetos à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e sua relação com as políticas públicas de saúde do SUS.

Art. 2º Os representantes dos DSEI/SESAI/MS serão indicados pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS).

- É necessário discutir uma política de equidade e o COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública pode ser a ferramenta para retratar as ações e estratégias necessárias, respeitada a compreensão antropológica (avançar na discussão da PGASS);
- É necessário organizar um processo de planejamento no estado que envolva a atenção à saúde indígena, de modo a inseri-la nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, respeitadas as competências de cada esfera administrativa do SUS e definidos claramente os papéis de cada um;
- Definir com maior clareza as responsabilidades das três esferas de gestão quanto à execução das ações de monitoramento, a integração dos sistemas de informação e a regulação do acesso. Em relação ao SIASI que, segundo informações dos técnicos estaduais, será substituído, poder-se-ia promover a



inserção das unidades de atenção à saúde indígena em sistemas já existentes, como, por exemplo, o E SUS;

5) PLANO DE AÇÃO DA SESAI/MS E PROPOSTA DA SAS/MS

4.1) Em junho de 2012 o Ministério da Saúde, através da SESAI, anunciou um projeto piloto para implantação do Plano de Ações Estruturantes do Subsistema de Atenção à Saúde, o qual consiste em ampliar a cobertura da APS nas comunidades, iniciando por 16 DSEI, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e materna na população indígena aldeada, sendo bastante marcado pela intersectorialidade, com a participação de vários Ministérios: da Saúde; da Defesa; da Justiça; do Desenvolvimento Agrário e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Pelo projeto piloto a implantação se daria em dois DSEI do estado do Acre: Alto Rio Purus e Alto Rio Juruá.

Na primeira etapa, no que diz respeito à Saúde, seriam realizadas ações emergenciais como vacinação em massa; suplementação alimentar; identificação das gestações de risco; testes rápidos para diagnóstico de sífilis e HIV; bem como articulação com os sistemas municipais para os atendimentos especializados.

Na segunda etapa o foco seria a melhoria da infraestrutura, com construções, ampliações ou reformas de unidades de saúde; polos base e CASAI.

Não houve relatos dos representantes do Acre, durante a oficina realizada em 19/11/13, a respeito da execução desse plano. Ao contrário, as informações obtidas mostram a cobertura insuficiente da APS e o atendimento itinerante realizado pela Secretaria Estadual de Saúde; atuação incipiente da vigilância em saúde; dificuldades na assistência farmacêutica e no transporte dos pacientes críticos.

O relatório de gestão 2012, do Ministério da Saúde, apresenta algumas realizações, tais como: a construção de uma CASAI; a contratação para reforma de mais cinco; construção de três polos base e nove postos de saúde; construção do DSEI Litoral Sul e de dez unidades de apoio para agentes de saúde indígena; revisão de 12 contratos com serviços de média e alta complexidade; implantação da rede cegonha em oito DSEI; contratação de 128 obras de abastecimento de água; aquisição de 25 unidades odontológicas móveis; fortalecimento do controle social.

Essas informações corroboram a ideia de que o projeto piloto não tenha sido executado integralmente ou de acordo com as premissas de sua elaboração e permitem que o mesmo se incorpore à proposta do CONASS, desde que mais discutido no sentido de **como fazer, quem fará o quê, quais os recursos disponíveis.**

4.2) Durante a 5ª CNSI o Secretário de Atenção à Saúde apresentou proposta de fortalecimento da APS e das redes temáticas de atenção à saúde na **construção da atenção diferenciada e integral aos povos indígenas.**

Apontou, também, para a possibilidade de se articular com a SESAI e desenvolver ações já em curso para populações não indígenas, no que se refere à recuperação e implantação de infraestrutura.

Finalmente, se referiu ao provimento de profissionais através do Programa “Mais Médicos” e da utilização do PROVAB, além de se comprometer com a revisão do financiamento e da contratação da atenção especializada, a fim de adequá-la às especificidades indígenas.

Principais pontos de sua exposição:

A) No fortalecimento da APS

- apoio institucional aos DSEI para qualificação da gestão;
- ampliação da estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI)
- revisão do financiamento e da contratualização na atenção especializada ambulatorial e hospitalar, a fim de adequar às especificidades da população indígena;
- investimentos para qualificação da infraestrutura (prédio e equipamentos);
- qualificação das equipes multidisciplinares de saúde indígena, com vistas à atuação na atenção especializada e nas redes de atenção à saúde;
- capacitação específica para equipes de Saúde da Família em municípios com população indígena;
- ampliação das ações de atenção nutricional no combate à desnutrição infantil.

B) Na inserção das redes de atenção à saúde



- REDE CEGONHA: melhoria na qualidade do pré-natal com praticas tradicionais, incluindo adequação na ambiência das salas de parto; vinculação das gestante à unidade hospitalar; revisão do processo de trabalho das equipes das unidades de referência;
- REDE DE ATENÇÃO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS: ampliação do acesso via regulação; qualificação do acolhimento;
- REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: acesso do SAMU às áreas indígenas e presença de tradutor em áreas mais populosas; acesso aos pontos de atenção em implantação e/ou implementação destinados à população em geral;
- REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: valorizar conhecimentos tradicionais indígenas; garantir participação dos DSEI e do CONDISI no grupo conduto da rede; desenvolver ações de prevenção na comunidade; qualificação das equipes multidisciplinares para atenção à crise; publicação do Caderno de Atenção Psicossocial no Contexto Indígena ainda em 2014;
- REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS: ampliação do acesso; articulação dos serviços de reabilitação com os DSEI, as CASAI e a APS.

6) A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

Em 05 de agosto de 2013 membros do Grupo de Trabalho Saúde Indígena da 6ª Câmara de Coordenação e Revisão (Populações Indígenas e Comunidades Tradicionais) do Ministério Público Federal se reuniram com o titular da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), Antônio Alves de Souza, na sede da Procuradoria Geral da República, em Brasília. O objetivo foi monitorar as ações previstas no dia D da saúde indígena.

Na ocasião, os procuradores relataram o não cumprimento da Ação Civil Pública Nº 19156-89/2012, que trata da reforma estrutural e sanitária da Casa de Saúde Indígena (Casai) de Lábrea, Amazonas. A ação foi encaminhada à Justiça Federal pelo MPF/AM no dia 10 de dezembro de 2012, Dia D da Saúde Indígena, organizado pela 6ª CCR. Para o MPF, a CASAI de Lábrea deve oferecer condições para receber, alimentar e alojar os indígenas em tratamento de saúde. A SESAI se comprometeu a fornecer esclarecimentos ao MPF.

Também constava na pauta dessa reunião a contratação de pessoal. Os procuradores presentes, membros do GT, sugeriram a contratação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e de Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). Apoiaram essa sugestão na Constituição Federal de 1988, artigo 198, item 4º, com redação dada Emenda Constitucional Nº 51, que trata do processo seletivo simplificado entre pessoas da própria comunidade e da não necessidade de concurso público. A SESAI se comprometeu a analisar o assunto mas também comunicou que um concurso público com 4.203 cargos direcionados para saúde indígena está previsto.

Foi apontada ainda a necessidade de se discutir o atendimento de média e alta complexidade e o tratamento fora do domicílio para as populações indígenas. O MPF marcará reunião com o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

7) O DEBATE SOBRE A ATENÇÃO DIFERENCIADA

Além das questões já citadas na parte assistencial, é preciso discutir o que se entende por atenção diferenciada e até que ponto ela contribui ou não para a efetiva inserção, no SUS, do subsistema de atenção à saúde indígena.

Esse foi o tema central da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena mas já vem alimentando muitos debates entre os estudiosos do assunto. A seguir, são apresentados seus principais argumentos.

O pesquisador Ulisses Eugenio Confalonieri aponta as questões de transculturação, situação geográfica e dinâmica do perfil epidemiológico, como peculiaridades da saúde indígena que justificam a atenção diferenciada.

No que diz respeito à **transculturação**, trata dos conflitos resultantes do confronto entre o sistema médico oficial e os sistemas tradicionais indígenas de crenças e práticas de cura, os quais poderiam ser atenuados pela intermediação antropológica incluindo a formação específica das equipes.

A **situação geográfica** de difícil acesso, com deficiências importantes de infraestrutura, agrava a qualidade de vida dos indígenas e dificulta a lotação de profissionais que se sentem isolados socialmente.

E finalmente, em relação ao **perfil epidemiológico**, a evolução caminha desde o estado de equilíbrio inicial com agravos de baixa letalidade, até a ocorrência das crônico-degenerativas, passando por toda sorte de processos infecciosos; problemas dentários e doenças mentais, em especial o alcoolismo e o suicídio, decorrentes da desintegração social e marginalidade econômica.

Como propostas de soluções o autor apresenta: o desenvolvimento de estratégias de APS que respeitem as especificidades etno-culturais como, por exemplo, a manutenção complementar das práticas tradicionais de cura e o treinamento das equipes de profissionais não índios em conhecimentos etnológicos.

Este parece ser o papel da SESAI/MS, o qual pode ser acordado com estados e municípios, como já foi citado no item 2 deste documento, olhando para cada território e discutindo regras de financiamento, uma vez que o custo é elevado dadas as dificuldades geográficas já apontadas.

Entretanto, resta discutir o acesso à atenção especializada, que inclui a regulação, o transporte e, em especial a forma de contratação com os serviços, com vistas a erradicar o “racismo institucional” infelizmente citado por vários estados na oficina realizada pelo CONASS em 19/11/13.

Na publicação decorrente da pesquisa: **Indígenas no Brasil – Demandas dos Povos e Percepções da Opinião Pública** são confirmadas diversas questões já registradas na literatura pertinente. Uma delas é que as maiores distorções a corrigir na política nacional de saúde para os povos indígenas, diz respeito ao modelo de gestão e ao controle social.

Aponta ainda que os DSEI deveriam se organizar a exemplo do modo como se organizam os SILOS – Sistemas Locais de Saúde. Porém na prática não é o que ocorre e isto tem contribuído para o distanciamento entre as SES e os DSEI, como se constatou nos depoimentos dos técnicos estaduais. A própria territorialização dos DSEI prejudica a atuação conjunta, já que muitos deles abrangem mais de um estado da federação.

Além disso, a SESAI/MS não logrou êxito ao tentar garantir a atenção hospitalar e ambulatorial especializada para as populações indígenas e contratar pessoal (?) para os DSEI: após chamamento público, ficaram somente três instituições credenciadas: em São Paulo, a SPDM – Sociedade Paulista para o

Desenvolvimento da Medicina; em Pernambuco, o IMIP – Instituto Materno Infantil; em Mato Grosso do Sul, a Missão Evangélica Caiuá, as quais não dariam conta da missão que se lhes era colocada.

Dessa forma, após quase 04 anos da criação do órgão específico, dentro do Ministério da Saúde, encarregado de garantir a atenção à saúde da população indígena, os problemas ainda são os mesmos: não tem APS nas Aldeias, nem acesso à atenção especializada, nem mesmo aos medicamentos básicos.

O caminho da gestão tripartite (após a “re-territorialização” dos DSEI), com garantia de acesso a partir da APS fortalecida e o respeito às questões culturais, parece ser o mais adequado, mesmo para os chamados índios desaldeados, segundo resultados da pesquisa citada, conforme se percebe nas respostas a duas questões tomadas como exemplo:

“Quando alguém de sua família precisa tratar da saúde, como vocês fazem?”

- 56% vão a qualquer posto de saúde/hospital aqui da cidade ou região;
- 35% recorrem a chás, ervas e rezas da medicina tradicional/Pajé.

“O que é mais importante para a saúde dos índios da cidade?”

- 21% querem ter acesso rápido a consultas e exames;
- 21% querem contar com agentes de saúde indígena;
- 17% querem ter acesso aos tratamentos à base de ervas e plantas medicinais;
- 13% querem ter acesso a medicamentos gratuitos;
- 14% querem ver respeitadas as tradições indígenas incluindo seus hábitos alimentares.

8) CONCLUSÕES E SUGESTÕES DE ESPECIALISTAS

Com vistas a aprofundar as reflexões a respeito desse aspecto da atenção à saúde indígena o CONASS promoveu o encontro de experts no assunto, no dia 10/03/2014, em Brasília/DF, reunindo:



- Luís Eduardo Batista, sociólogo, pesquisador e estudioso sobre as populações: negra e indígena, hoje atuando na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, no Instituto de Saúde;

- Paulo Eduardo Cabral, sociólogo e advogado, com experiência nas questões relativas às populações: negra e indígena, hoje atuando na Secretaria Estadual de Educação, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul;

- Wladmary Mendonça de Azevedo Filho, com experiência em saúde indígena através de vínculo com o Ministério da Saúde, hoje atuando na Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas, no setor de Vigilância em Saúde Indígena.

Tendo sido apresentados os principais pontos já debatidos nos eventos anteriores, incluindo as propostas da SESAI/MS e da SAS/MS, iniciou-se um rico debate cujos principais pontos são apresentados a seguir:

Paulo Eduardo Cabral aponta a fragilidade da gestão da saúde indígena, acoplada aos diversos outros graves problemas que afligem essa população como a luta pela terra que tem resultado em muita violência. Alerta para que a proposta tripartite não desonere a instância federal da responsabilidade que lhe é devida.

Luiz Eduardo faz uma reflexão entre a prioridade dada ao agronegócio e a piora da questão da terra no seio das populações negra e indígena. Por outro lado, não se discute como deveria a formulação de políticas específicas para essas pessoas, lembrando que, no caso dos indígenas, é preciso pensar em aldeados e desaldeados.

Wladmary relata que na época em que se discutiu a necessidade da atenção diferenciada, o foco era o Agente de Saúde Indígena porém acabou sendo idealizado o subsistema que talvez venha dificultando as pactuações tripartites. Essa construção foi motivada pela dificuldade de acesso. Então estamos falando de atenção diferenciada ou acesso diferenciado?

Na 14ª Conferência Nacional de Saúde os delegados indígenas ameaçaram se retirar em bloco quando viram que, no relatório resultante das pré-conferências, todas as discussões sobre saúde indígena foram reduzidas a um parágrafo. E eles queriam debater suas especificidades tais como: as Casas de Parto, o respeito às questões culturais também para os índios desaldeados que migram para as cidades



em busca de educação, passam a viver a rotina urbana, mas não esquecem suas origens, entre tantas outras.

Um exemplo contundente dos aspectos culturais indígenas diz respeito à devolução da placenta ao Cacique ou Pajé para que ele plante junto com uma árvore e, só assim, reconheça a criança. É óbvia a conclusão sobre os prejuízos culturais para essa criança se nascer de parto feito na unidade de saúde e a placenta for descartada.

Ainda com relação à cultura indígena, existe o fato de que a família acompanha o paciente quando ele se desloca para um tratamento de saúde. Por isso as CASAI devem ser casas de apoio e não hospitais de pequeno porte, política que já se mostrou ineficiente para a população em geral.

Entretanto para que o respeito às especificidades culturais aconteça, é necessário contar com equipes bem e especialmente capacitadas. A proposta da inserção na política de educação permanente, com ou sem Telessaúde, deve contemplar o aporte de profissionais que dominem o conhecimento sobre as questões indígenas.

Em relação à necessidade de otimizar as informações sobre saúde indígena, o consenso aponta que não deve existir um sistema em separado e sim agregá-las àquelas existentes nos Bancos Nacionais de Dados, o que poderia ser facilitado pela utilização da Ficha A, do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), incorporando a informação da família linguística e incluindo a etnia além do quesito Cor/Raça.

Por outro lado todas as considerações levaram a um ponto comum: a questão central está representada pelo **PLANEJAMENTO** – a saúde indígena precisa estar nos planos municipais, estaduais e regionais, condição imprescindível para chegar ao Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) e obter um tratamento tripartite sem mudar as responsabilidades federais, porém apoiando os DSEI.

Portanto, o primeiro conceito que sobressai da proposta a ser apresentada pelo CONASS é a **INCLUSÃO**.

Além disso, a decisão de melhorar a atenção à saúde indígena passa pela melhoria do sistema como um todo e esbarra num aspecto crucial que é o **FINANCIAMENTO**.

9) CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCAMINHAMENTOS

Diante de todas as discussões e levantamentos realizados, é possível submeter à Assembleia do CONASS uma proposta baseada no processo de planejamento capaz de incluir as populações indígenas na atenção primária em saúde e nas redes regionais de atenção à saúde, garantindo, dessa forma o acesso à atenção especializada a partir dos cuidados primários resolutivos e oportunos.

A intenção de conformar uma proposta tripartite se baseia na necessidade de inserir a questão indígena nos planos municipais e estaduais de saúde, podendo confluir para o Contrato Organizativo de Ação Pública, onde terão explicitados as ações e os recursos municipais, estaduais e federais, bem como os indicadores para monitoramento e avaliação por território regional.

A união dos dados nos Bancos Nacionais permitirá conhecer a real demanda da população indígena para a atenção especializada, além de qualificar as informações sobre o perfil epidemiológico.

A revisão da abrangência/regionalização dos DSEI estreitará as relações com as Secretarias Estaduais de Saúde, principalmente agora, com a Resolução 10 da CIT, que oficializou a presença desses Distritos nas reuniões das CIR e das CIB, participando das pactuações.

Também importante a presença dos DSEI nos grupos condutores das redes de atenção à saúde.

A regulação da assistência também deverá se preparar para a utilização de critérios diferenciados para estabelecer prioridades de acesso (classificação de risco utilizando outros parâmetros além dos biológicos), bem como incorporar as UBS Indígenas como demandantes no SISREG.

Após a SESAI garantir a infraestrutura e os profissionais, os municípios poderiam assumir a operação da atenção primária, com critérios diferenciados de financiamento federal e estadual, somados aos recursos próprios municipais.

A gestão estadual em saúde prepararia os serviços públicos e privados credenciados a receber os indígenas, erradicando o “racismo institucional”.

Enfim, a garantia de acesso, de resolutividade, acolhimento e respeito às individualidades, são virtudes buscadas em todo o sistema, no atendimento a qualquer segmento populacional.

Nesta proposta, continua a busca, porém acrescida da necessidade imperiosa de incluir a população indígena, com as peculiaridades culturais de cada etnia.

Ela está à disposição dos Senhores Secretários de Estado da Saúde para todas as alterações que julgarem necessárias e, só então, poderá ser encaminhada à Câmara Técnica da CIT.