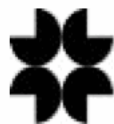




Institute of
Development Studies



SAÚDE SEM LIMITES



Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CEBRAP

Consórcio IDS-SSL-Cebrap

Modelo de Atenção

Fevereiro de 2009

Créditos

Componente Atenção:

Marcos Pellegrini (coordenador), Ivone Menegolla, Maria Bittencourt, Eliana Diehl e
Maria Elvira Toledo

Siglário

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ACE – Agente de Controle de Endemias

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AF – Assistência Farmacêutica

AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância

AIDS (SIDA) – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIS – Agente Indígena de Saúde

ATF – Aplicação Tópica de Flúor

BK – Bacilo de Koch (Tuberculose)

CAP – Centro de Apoio Psicossocial

CASAI – Casa de Saúde do Índio

Cebrap – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento

CEREST – Centro de Referência à Saúde do Trabalhador

CFT – Comissão de Farmácia Terapêutica

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CORE – Coordenação Regional (Funasa)

DANT – Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DASBI – Diretrizes da Atenção à Saúde Bucal Indígena

DIU – Dispositivo Intra-uterino

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EMATER – Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural

EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESF – Equipe de Saúde da Família

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz (MS)

Funai – Fundação Nacional do Índio

Funasa – Fundação Nacional de Saúde

GM – Gabinete do Ministro

GT – Grupo de Trabalho
HAI – Health Action International
IAB-PI – Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas
IAE-PI – Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas
IDS – Institute of Development Studies
IPA – Índice Parasitário Anual
MDG – Millennium Development Goals
MS – Ministério da Saúde
OMS (WHO) – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAB – Piso de Atenção Básica
PCCU – Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAF – Programa Nacional de Assistência Farmacêutica
PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal
PNSBI – Política Nacional de Saúde Bucal Indígena
PPI – Programação Pactuada Integrada
PSF – Programa Saúde da Família
REDIME – Relação Distrital de Medicamentos Essenciais
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SADT – Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial
SIASI – Sistema de Informação de Saúde Indígena
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SIVEP – Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica
SSL – Associação Saúde sem Limites
SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico em Higiene Dental

TI – Terra Indígena

UBS – Unidade Básica de Saúde

UN (ONU) – Organização das Nações Unidas

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VIGISUS – Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde no Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	7
Eixos orientadores do modelo de atenção à saúde indígena.....	10
1 Marco conceitual do Modelo de Atenção à Saúde Indígena	13
1.1 A Vigilância da Saúde como modelo de atenção	13
1.2 A Política Nacional de Humanização e a implantação de processos de acolhimento..	18
1.3 A educação permanente em saúde como ferramenta de qualificação da atenção	21
1.4 Adequação ética e cultural das práticas sanitárias.....	23
1.5 Articulação com as medicinas tradicionais.....	26
2 Ações de promoção, prevenção e educação em saúde, e articulação com a cultura e os conhecimentos da população indígena	29
3 Serviços de saúde pública e cuidados primários de saúde prestados pelo subsistema de Saúde Indígena.....	32
3.1 O processo de territorialização e a Estratégia de Saúde da Família	32
3.2 Os territórios da saúde indígena	34
3.2.1 A micro-área: a moradia, a aldeia ou comunidade	35
3.2.2 Área distrital.....	38
3.2.3 Sub-distrito	39
3.2.4 Distrito Sanitário Especial Indígena.....	40
4 Ações de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de controle das zoonoses e de vigilância alimentar e nutricional.....	44
4.1 Vigilância ambiental em saúde	46
4.2 Vigilância Sanitária	48
4.3 Vigilância Alimentar e Nutricional.....	49
5 Protocolos de procedimentos, ações e rotinas por estabelecimento de saúde	51
5.1 Rotinas dos estabelecimentos de saúde e das visitas às comunidades	58
6 Operacionalização da política de assistência farmacêutica.....	59
7 Serviços de saúde prestados pela rede regional.....	66
7.1 Suporte a implantação dos programas estratégicos nas Terras Indígenas.....	66
7.2 Articulação com a rede de média e alta complexidade	68
7.3 Possíveis alternativas para extensão de atendimento especializado para as áreas indígenas.....	70
8 Relação do Subsistema de Saúde Indígena, em todos os níveis, com o SUS.....	72
9 Papel das organizações públicas e das organizações não governamentais na prestação de cuidados à saúde indígena.....	73
10 Metas de atenção à saúde indígena	75
11 Referências bibliográficas.....	82

Anexos.....	88
Anexo I Contribuição Internacional para a Elaboração de Serviços de Assistência à Saúde (Produto 4).....	88
Anexo II Matriz de competências, habilidades e atividades dos Agentes Indígenas de Saúde 113	
Anexo III Proposta de Modelo de Atenção à Saúde Bucal Indígena.....	116
Anexo IV Assistência Farmacêutica.....	128
Apêndices.....	146
Apêndice 1 Especificações do Termo de referência para elaboração do modelo de atenção 146	
Apêndice 2 Atribuições dos profissionais da atenção básica.....	147
Apêndice 3 Definição das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena segundo as Portarias Ministeriais 2656/2007 e 1088/2005.....	148

Modelo e Metas de Atenção à Saúde Indígena

Apresentação

No *Diagnóstico Situacional* que antecede este produto são destacados tanto os princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, e controle social que orientam o Sistema Único de Saúde quanto as determinações legais (Lei Arouca) e as diretrizes da *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas* que apontam caminhos para a superação das desigualdades de saúde que afetam os povos indígenas no Brasil. Também foram considerados os princípios da Política Nacional de Atenção Básica, as diretrizes de implantação da Estratégia Saúde da Família e áreas prioritárias de atuação.

O conteúdo deste relatório contempla os itens constantes no Termo de Referência¹ da consultoria para *Definição e implantação das Metas e dos Modelos de Atenção, de Organização, de Gestão, de Financiamento e de Monitoramento e Avaliação do Subsistema de Saúde Indígena*. Entretanto, sua ordem foi alterada buscando reunir inicialmente os tópicos que estão de tal forma relacionados com os marcos teóricos/conceituais que assumem o estatuto de diretrizes ou eixos organizadores da atenção à saúde no Brasil. Assim, temas como acolhimento, adequação ética e cultural das práticas sanitárias e articulação com a medicina tradicional serão tratados nas seções iniciais, abordando principalmente os aspectos conceituais e políticos, destacando o caráter dialógico da atenção à saúde. Sua aplicação prática na configuração das relações que organizam os processos de trabalho na atenção à saúde indígena perpassa os tópicos que tratarão da oferta de serviços, integração do cuidado, adoção de protocolos, definições de atribuições e interação com os níveis de atenção de maior complexidade.

A vigilância da saúde será adotada como eixo orientador das práticas e processos de trabalho do modelo de atenção. Por sua abordagem considerar a

¹ Ver Apêndice I.

apreensão das necessidades de saúde da população e seu envolvimento na explicação e proposição intervenções dirigidas às causas dos problemas, este modelo permite a expressão da interculturalidade tanto na produção do cuidado quanto na organização da oferta dos serviços públicos e sua articulação com os sistemas médicos indígenas. Tomaremos o conceito de território e sua utilização na implantação da Estratégia de Saúde da Família (considerando seus aspectos relativos ao reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social; à demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; e ao estabelecimento de relações com outros serviços adjacentes e centros de referência) para propor os possíveis desenhos de uma rede complementar de atenção à saúde indígena que considere tanto as particularidades das comunidades indígenas e integridade das pessoas quanto as estratégias mais gerais de construção e implementação do Sistema Único de Saúde.

A educação permanente em saúde e a formação de agentes indígenas de saúde são considerados como processos estratégicos para adequação das práticas e dos processos de trabalho, por possibilitarem espaços coletivos de diálogo e reflexão.

As ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental serão abordadas segundo as recomendações da Secretaria de Vigilância em Saúde e suas respectivas normas e implementação segundo fluxos e sistemas de informação definidos no SUS. Destaca-se que o padrão de transmissão de doenças entre os povos indígenas pode ser distinto ao que se observa na população em geral, apontando para a necessidade de estabelecimento de estratégias que permitam desagregar os dados considerando a variável etnia para subsidiar as ações de prevenção e controle.

Na discussão da assistência farmacêutica e dos protocolos foram enfatizados pressupostos publicados pelo Ministério da Saúde buscando apontar as dificuldades encontradas para sua implantação na atenção à saúde indígena e destacando as ações prioritárias visando superá-las de modo a dar respostas às especificidades dos processos de adoecer e buscar tratamento que ocorrem nas comunidades.

Ao tratar dos serviços a serem prestados pela rede instalada do SUS em cada região, serão apontadas as principais demandas de suporte material e técnico para a implantação das ações programáticas das prioridades nacionais propostas pelo Ministério da Saúde. As ações programáticas, no modelo da vigilância da saúde, são importantes no sentido de organizar a oferta de serviços para enfrentamento dos problemas contínuos, articulando atividades e intervenções para abordagem de riscos e

grupos de vulnerabilidade e servindo como ferramentas de planejamento e de pactuação entre os gestores do Sistema Único de Saúde.

As relações do subsistema de saúde indígena com as demais instâncias do SUS e o papel das instituições governamentais e não governamentais são temas que deverão ser tratados em profundidade nos próximos produtos desta consultoria. Este relatório se limita a apontar algumas interfaces e espaços de atuação.

A experiência internacional, ainda que referida pontualmente no corpo do texto e apresentada integralmente na forma de anexo, é considerada na formulação das diretrizes e estratégias que orientam esta proposta de modelo de atenção à saúde indígena.

Eixos orientadores do modelo de atenção à saúde indígena

Eixos	Estratégias
<p>1 – Adotar o modelo de vigilância da saúde como modelo de atenção à saúde indígena.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • considerar as aldeias/comunidades como território prioritário da atuação das equipes de saúde; • envolver as comunidades na priorização de problemas de saúde, construção da rede explicativa e proposição de ações; • considerar as relações das comunidades indígenas entre si e suas relações com a sociedade envolvente para delimitação dos territórios distritais e organização do fluxo de referência; • priorizar a formação de agentes indígenas de saúde considerando a importância de seu papel de mediador entre as comunidades e demais profissionais e o processo de formação como meio dos profissionais de saúde aprofundarem seus conhecimentos sobre a cultura e a organização social das comunidades; • efetivar a integração dos agentes indígenas de saúde às equipes; • garantir aos agentes indígenas de saúde os equipamentos e insumos necessários para o desenvolvimento de suas atividades, bem como acesso a meios de transporte e comunicação; • garantir a infra-estrutura adequada para o funcionamento dos estabelecimentos de saúde em Terras Indígenas.
<p>2 – Implementar a educação permanente como processo de qualificação dos serviços.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • qualificar os gestores da saúde indígena para compreensão do processo de educação permanente em saúde; • incluir temas relacionados à pedagogia e antropologia no processo de capacitação de profissionais; • criar grupo de apoiadores/preceptores para atender as demandas por capacitação a partir de discussões envolvendo usuários, profissionais e gestores da saúde indígena; • estabelecer parcerias com instituições de ensino para criação de cursos de educação à distância vinculados ao processo de trabalho visando a especialização dos profissionais das equipes de saúde, promovendo sua permanência.

Eixos	Estratégias
3 – Promover a adequação ética e cultural das práticas sanitárias e a articulação com as medicinas tradicionais indígenas.	<ul style="list-style-type: none"> • incluir a reflexão antropológica no conteúdo das capacitações de profissionais de saúde; • inclusão efetiva de antropólogos como membros das equipes de saúde, especialmente nas que atuam em comunidades com pouco contato com a sociedade envolvente; • apoiar iniciativas comunitárias de fortalecimento da medicina tradicional, • incorporar especialistas indígenas como instrutores no processo de capacitação das equipes, • apoiar a atuação de especialistas indígenas nos estabelecimentos de saúde quando solicitados pelos pacientes e seus familiares.
4 – Direcionar as ações de educação em saúde no sentido de promover o envolvimento das pessoas nas decisões relacionadas à sua própria saúde e naquelas relacionadas aos grupos sociais a que pertencem.	<ul style="list-style-type: none"> • promover reuniões periódicas com as comunidades visando fomentar a reflexão sobre a realidade e as causas dos problemas enfrentados; • apoiar as comunidades na busca de parcerias para desenvolvimento de projetos específicos que possam ter impacto sobre a melhoria das condições de vida. • envolver lideranças, especialistas em medicina tradicional, professores e outros agentes nas ações de educação em saúde.
5- Promover a utilização da metodologia epidemiológica para o monitoramento do quadro sanitário da população indígena e subsídio para orientação das ações.	<ul style="list-style-type: none"> • capacitar equipes para utilização da metodologia epidemiológica; • estabelecer rotinas de análise de dados nos distritos; • implantar e alimentar os sistemas nacionais de informação nos distritos; • incluir a variável etnia nos sistemas de notificação de doenças e agravos; • definir o fluxo de informações entre distritos, municípios e estados; • criar e implantar módulo de doenças de notificação compulsória no SIASI.
6 – Organizar a oferta de serviço por meio da implantação de ações programáticas segundo as necessidades de saúde da população e perfil epidemiológico das áreas distritais.	<ul style="list-style-type: none"> • capacitar profissionais de saúde e disponibilizar materiais para consulta nos ; • garantir a disponibilidade de insumos, equipamentos e retaguarda especializada; • garantir que as adaptações, quando julgadas necessárias, sejam feitas com a participação de especialistas das áreas específicas; • realizar visitas periódicas às comunidades de acordo o planejamento visando alcance das metas de cobertura.

Eixos	Estratégias
<p>7 - Adotar o “ciclo da assistência farmacêutica” como modelo organizacional, conforme diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • realizar capacitação permanente dos profissionais de saúde para a gestão da assistência farmacêutica e o uso racional de medicamentos. • adotar relações de medicamentos essenciais, conforme critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos. • articular com todos os níveis de atenção à saúde visando garantir o acesso aos medicamentos, especialmente no que se refere aos programas de medicamentos estratégicos e excepcionais.

I Marco conceitual do Modelo de Atenção à Saúde Indígena

Nesta seção são apresentados os fundamentos do modelo da vigilância da saúde e apontados os desafios que ainda permanecem para o alcance da equidade do ponto de vista da universalidade do acesso aos serviços de saúde e integralidade das ações no desenho de um modelo de atenção à saúde que se propõe acolher uma considerável diversidade de situações vividas nas milhares de comunidades indígenas presentes em todo o país. As orientações sobre o acolhimento nos serviços de saúde e a estratégia da educação permanente em saúde são consideradas como ferramentas para a adequação ética e cultural das práticas sanitárias.

I.1 A Vigilância da Saúde como modelo de atenção

Adotaremos uma definição de modelo de atenção à saúde consagrada no campo da Saúde Coletiva, que também tem servido de base para orientação de políticas e práticas de saúde.

Modelo não é padrão, não é exemplo, não é burocracia. Modelo é uma *razão de ser* – uma racionalidade. É uma espécie de lógica que orienta a ação. *Modelo de atenção à saúde* ou modelo assistencial não é uma forma de organizar os serviços de saúde. Também não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. Modelo de atenção é uma dada forma de combinar *técnicas e tecnologias* para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar *meios de trabalho* (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas e processos de trabalho em saúde. Aponta como melhor combinar os *meios técnico-científicos existentes para resolver problemas de saúde* individuais e/ou coletivos. Corresponde à *dimensão técnica* das práticas de saúde. Incorpora uma “*lógica*” que orienta as

intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde (modelo da intervenção em saúde). (PAIM, 2002, p. 374, grifos no original)²

Com fundamentos em diferentes disciplinas (epidemiologia, geografia, planificação em saúde, ciências sociais, pedagogia, comunicação), a vigilância da saúde recorre a uma associação de tecnologias (materiais e não materiais) para enfrentar problemas (danos e riscos), necessidades e determinantes socioambientais da saúde e por isso tem sido considerada como um modelo de atenção, ou como um modo tecnológico de intervenção em saúde, ou uma via para a construção e a implementação da diretriz da integralidade (PAIM, 2003; CAMPOS, 2003; MONKEN e BARCELLOS, 2005).

Segundo Paim (2002), como prática sanitária de organização do processo de trabalho em saúde para enfrentamento de problemas contínuos, a vigilância da saúde enfoca as relações entre a equipe de saúde e a população; atua sobre os danos, riscos e condições determinantes da saúde. O quadro I apresenta os aspectos que diferenciam o modelo da vigilância da saúde dos modelos assistencialista e sanitaria.

Quadro I - Modelos assistenciais e vigilância da saúde

Modelo	Sujeito	Objeto	Meios de trabalho	Forma de organização
Médico assistencial privatista	Especialistas, paramédicos	Doença, doentes	Tecnologia médica	Rede de serviços de saúde e hospital
Sanitarista	Sanitaristas, auxiliares	Modos de transmissão, fatores de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas, programas especiais, sistema de vig. epidemiológica e sanitária
Vigilância da saúde	Equipe de saúde, população	Danos, riscos, problemas, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde	Tecnologias: comunicação social, planejamento e programação local situacional, médica e sanitária	Políticas públicas saudáveis, ações intersectoriais, intervenções específicas (prevenção, promoção, recuperação), operações sobre problemas da população e de grupos populacionais

Fonte: Adaptado de Paim (1998).

² Partindo desta concepção de modelo de atenção, não trataremos neste relatório de regulamentos e normas específicas do modelo de atenção à saúde indígena. A necessidade de revisão de regulamentos e normas específicas deverá ser avaliada após conclusão dos demais produtos da consultoria.

Além de mudanças teóricas e metodológicas que permitem a ampliação de tecnologias para fazer frente aos problemas de saúde, a vigilância da saúde propõe que os agentes sociais sejam os responsáveis pelo processo de definição de problemas e pelo encaminhamento das soluções, considerando o indivíduo como parte da família, da comunidade, do sistema social, do ambiente (CAMPOS, 2003).

Segundo Mendes (1999), a orientação por problemas permite organizar as ações respeitando a singularidade da população e do território e atuar sobre suas causas, buscando impactar os níveis de saúde da população e se contrapõe aos métodos clássicos de organização dos serviços orientados pela atenção á demanda e por programas de saúde pública. Em suas palavras:

Identificar, com auto referência, um problema, descrevê-lo, explicá-lo e montar operações para enfrentá-lo, articulando conhecimentos e fazeres num território determinado, especialmente na microárea, eis a essência do enfoque por problemas (MENDES, op. cit., p. 173)

Segundo este autor (Op. cit., p. 176), cada tipo de problema referido implica uma forma de intervenção visando solucioná-los: para os problemas atuais é necessário intervir com operações resolutivas; para os problemas potenciais é preciso preparar operações preditivas, prontas para serem desencadeadas caso estes venham a se instalar e para os problemas solucionados são necessárias ações de manutenção e de avaliação sobre os resultados.

A forma como as ações são organizadas para enfrentar os problemas no território orientam as práticas sanitárias, que devem estar voltadas para o enfrentamento dos problemas contínuos tendo como *locus* privilegiado de atuação o território- microárea, mas também dirigidas a intervenção pontual, sobre problemas individuais, ou seja a atenção à demanda, que deve ser organizada no território-área articulado à rede de serviços assistenciais.

A vigilância da saúde tem no princípio de territorialidade sua principal premissa e considera o território, bem mais que uma extensão geográfica, como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexistente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, etc. Sob este aspecto, abordar o território como espaço de ação das práticas de vigilância da saúde permite apreender a dinâmica das populações que nele

habitam, as condições de vida e as diferentes situações ambientais que as afetam (MONKEN e BARCELLOS, 2007). No entanto, em muitos casos reduz-se o conceito de território, utilizando-o de uma forma meramente administrativa para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção.

Ao falar de modelo de atenção à saúde estaremos falando de relações orientadas para a superação de problemas e atendimento de necessidades de saúde. Não há, portanto, como falar de modelo de atenção à saúde indígena sem considerar as relações das comunidades indígenas entre si e com a sociedade envolvente e suas implicações na manutenção de lacunas no que diz respeito à aplicação de alguns princípios que deveriam orientar a proteção, a promoção e atenção à saúde, especialmente do princípio da universalidade e da equidade (temas que foram tratados com profundidade no *Diagnóstico Situacional*). O preenchimento de algumas destas lacunas consistem nos desafios que devem ser encarados na construção de um modelo de *atenção diferenciada* à saúde indígena, e não necessariamente de um *modelo diferenciado* de atenção.

A garantia de acesso ao sistema de prestação de cuidados à saúde, pressuposta no princípio da **universalidade**, é ameaçada não somente pela barreira geográfica, imensa em algumas regiões do país, com poucos meios de transporte e comunicação, mas também por outras circunstâncias que viabilizam ou não a utilização dos serviços pelos usuários (políticas, sociais, econômicas e, especialmente em relação aos povos indígenas, culturais). Já foi notado o risco de que a implantação de programas que visem à extensão de cobertura venha a perder de foco a **integralidade**, constituindo-se em “subsistemas” de atenção “simplificada” e não “diferenciada” (MALTA e SANTOS, 2003).

É reconhecida a polissemia do conceito de integralidade. Este se apresenta tanto como um princípio normativo, como um *slogan* político ou um chamamento ético para as práticas de saúde e para organização da assistência. Tesser e Luz (2008, p. 196) o definem como

Um “*agregado semântico*” que se sustenta em quatro pilares: a satisfação das necessidades do indivíduo em todas as esferas, promover ações de prevenção, promoção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, avaliar o paciente e o meio em que ele se encontra e reconhecer valores e experiências do indivíduo.

O conceito de integralidade tem tanto um sentido de integração dos cuidados quanto um sentido de respeito à integridade do indivíduo, ou, melhor dizendo em termos antropológicos, da pessoa.

No primeiro caso,

... a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo [...] A integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis (HARZ& CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 1)

Esta acepção, portanto, está ligada às relações entre os serviços, tema que será abordado no modelo de organização. No segundo caso, objeto do modelo de atenção, a integralidade implica na qualidade da relação entre os profissionais de saúde e as pessoas que procuram os serviços.

Defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica. Isso confere às práticas de saúde um caráter de prática de conversação, na qual nós, profissionais de saúde, utilizamos nossos conhecimentos para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada sujeito com o qual nos relacionamos, para reconhecer amplamente os conjuntos de ações que podemos pôr em prática (incluindo ações como o aconselhamento e as chamadas práticas de educação em saúde) para responder as necessidades que apreendemos. (MATOS, 2004, p.1414)

A efetivação da integralidade no SUS é objeto da *Política Nacional de Humanização*, norteada para a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), sua autonomia e protagonismo, a co-responsabilidade entre eles e o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (MINISTERIO DA SAÚDE, 2004, p. 8-9).

No eixo da atenção à saúde, a implantação de processos de acolhimento tem sido considerada um dos dispositivos disparadores de reflexões e mudanças sobre a organização dos serviços e de como os saberes estão sendo utilizados ou não para a qualificação das ações (CAMARGO Jr. K.R *et al.*, 2008)

Nos próximos tópicos desta seção examinaremos as implicações da implantação da diretriz do acolhimento para a atenção à saúde indígena considerando a Educação Permanente em Saúde como uma ferramenta para a organização dos serviços e adequação ética e cultural das práticas.

1.2 A Política Nacional de Humanização e a implantação de processos de acolhimento

A diretriz sobre o acolhimento da Política Nacional de Humanização pode ser considerada como uma estratégia para organização do funcionamento dos serviços de saúde que visa garantir a acessibilidade ao atendimento, por meio de uma relação qualificada com uma equipe multiprofissional, relação que deve ser caracterizada pela escuta e pelo compromisso de resolver o problema de saúde (MEHRI e FRANCO, 2003)

Além de ser entendido **como postura receptiva e solidária** das equipes e profissionais em relação ao problema trazido pelo usuário, o acolhimento deve ser pensado também **como técnica**, que instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas que facilitem o atendimento na escuta, na análise, na discriminação do risco e na oferta de soluções aos problemas encontrados. Como princípio de reorientação dos serviços, o acolhimento representa um **projeto institucional** norteador de todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe, incluindo o padrão da composição de trabalho, o perfil dos agentes buscados no processo de seleção, os conteúdos programáticos e metodológicos da capacitação e os conteúdos e as características operacionais da supervisão e da avaliação de pessoal (CAMARGO Jr *et al.*, 2008).

No Quadro 2 apresentamos algumas sugestões que já foram propostas para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde que consideram estas dimensões, e que também podem contribuir para a orientação da organização dos serviços destinados às comunidades indígenas.

O que se deve destacar no que diz respeito às implicações da humanização do SUS no desenho do modelo de atenção à saúde é o resgate do caráter dialógico das práticas de saúde, e é sob este aspecto que a atenção à saúde indígena demanda uma abordagem diferenciada.

Ao relacionar-se com comunidades indígenas o sistema de saúde se depara com a dimensão intercultural, cuja apreensão é necessária para a concepção do cuidado à saúde como um processo construído sobre as bases da intersubjetividade, o que remete diretamente à discussão sobre a adequação ética e cultural das práticas sanitárias ocidentais e sua relação com os sistemas tradicionais de saúde. Temas que devem se constituir em diretrizes para organização dos serviços destinados a atender às demandas da população indígena.

Quadro 2

Algumas sugestões e reflexões sobre a implantação do acolhimento nos serviços de saúde

- *Organizar as unidades de saúde com os princípios de responsabilidade territorial, adscrição de clientela, vínculo com responsabilização clínico-sanitária, trabalho em equipe e gestão participativa, entendendo-se o acolhimento como prática intrínseca e inerente ao exercício profissional em saúde. Tal medida proporciona, assim, a superação da prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica e na realização de procedimentos a despeito da perspectiva humana na interação e na constituição de vínculos entre profissionais de saúde e usuários.*
- *Ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes em atributos e habilidades relacionais de escuta qualificada, de modo a estabelecer interação humanizada, cidadã e solidária com usuários, familiares e comunidade, bem como o reconhecimento e a atuação em problemas de saúde de natureza aguda ou relevantes para a saúde pública. A elaboração de protocolos, sob a ótica da intervenção multi e interprofissional na qualificação da assistência, legitima a inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência na identificação de risco e na definição de prioridades, contribuindo, assim, para a formação e o fortalecimento da equipe.*
- *Implantar a sistemática de acolhimento na rede SUS de forma integrada, pactuando e explicitando*

com as várias unidades de saúde suas responsabilidades com a população adscrita e a atenção à demanda não agendada, visando à capacidade resolutiva e à garantia de continuidade da atenção.

- *Implantar as sistemáticas de acolhimento:*

- a) *na Atenção Básica (PSF), compatibilizando o atendimento entre a demanda programada e a não-programada e desenvolvendo atividades de acolhimento na comunidade como rodas de conversas de quarteirão, terapia comunitária, grupos de convivência (artesanato, caminhada), entre outros;*

- b) *com Classificação de Risco nas Unidades de Urgência;*

- c) *nas Unidades de Atenção Especializada flexibilizando a agenda de modo a garantir prioridade para pacientes que necessitem de agilidade diagnóstica, terapêutica, e também atendimento às intercorrências, de menor gravidade, dos pacientes em seguimento;*

- d) *nas Centrais de Regulação de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), objetivando garantir prioridade para os que necessitam de agilidade diagnóstica, terapêutica.*

- *Adequar a ambiência das unidades, para garantir conforto, condição adequada e de biossegurança no trabalho, espaços para encontros e trocas. Garantir espaços de conversa entre a rede familiar/social do usuário com a equipe, principalmente em áreas de atendimento a pacientes críticos, como nos pronto-socorros, nos centros cirúrgicos, nas salas de procedimentos, nas UTIs e nas enfermarias.*

- *Desenvolver a implantação do acolhimento com a participação dos trabalhadores da unidade e dos usuários, com múltiplos espaços de discussão e pactuação dessa inovação no processo de trabalho, mediante reuniões internas da equipe, reuniões com usuários nas salas de espera, informação à comunidade e, principalmente, com o estabelecimento de rotinas de encontros, para avaliar e adequar a implementação, considerando-se a carga horária e a escala da equipe.*

- *Promover a ampliação do debate, o aprofundamento teórico metodológico e a troca de experiências mediante eventos estaduais, regionais e municipais sobre o tema, envolvendo gestores, representantes de trabalhadores, usuários e instituições formadoras.*

- *Explicitar e discutir a proposta com a população e os atores políticos, de forma a ampliar a escuta para os pontos assinalados e as críticas ao processo de inovação. Desenvolver campanha de comunicação social acerca do significado e da importância do acolhimento como estratégia de qualificação da atenção no SUS, de garantia de direitos dos usuários e da utilização adequada e das responsabilidades das unidades de saúde do SUS.*

Fonte: Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2.^a edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília/DF, 2006. p 30)

1.3 A educação permanente em saúde como ferramenta de qualificação da atenção

Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (Ministério da Saúde, Portaria GM/MS n. 1996/2007, Anexo II)

A educação permanente em saúde possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano e insere-se em uma construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, às práticas organizacionais e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais (CECCIM, 2005).

Assim como ferramenta de gestão e/ou instrumento de avaliação, a educação permanente em saúde deve ser utilizada como importante estratégia de qualificação dos serviços na Atenção à Saúde Indígena. O processo de educação permanente propõe o espaço de trabalho como espaço de aprendizagem onde cada profissional inserido aprende simultaneamente ao exercício de suas atribuições e observando e participando do funcionamento deste serviço como um todo. Desta forma, o processo de educação permanente está intimamente ligado com a organização do serviço, do processo de trabalho e conseqüentemente com a qualidade do serviço ou da atenção prestada à população.

A educação permanente é uma oportunidade para produzir diálogo e cooperação entre os profissionais, entre os serviços e entre gestão, atenção, formação e controle social, para que as áreas se potencializem e ampliem a capacidade do

sistema para enfrentar e resolver problemas com qualidade. E uma oportunidade de construir pactos para ampliar os compromissos com o interesse público, usando dos espaços de liberdade que a prática em saúde proporciona.

Por considerar o olhar do outro como fundamental para a possibilidade de problematização e produção de “incômodos” pode ser também uma ferramenta de grande potencial para favorecimento do diálogo intercultural e adequação das práticas sanitárias, tendo para isso que incorporar alguns temas específicos relativos ao desenvolvimento de habilidades pedagógicas, à antropologia e à etnologia (que serão destacados nos próximos tópicos desta seção).

Como espaço coletivo a educação permanente em saúde deve privilegiar a comunidade e suas perspectivas sobre a saúde e sobre os serviços e ter também como objeto os processos de educação em saúde e formação de conselheiros e agentes indígenas de saúde.

Para a implementação do processo de educação permanente as equipes matriciais³ dos Distritos, juntamente com os gestores, devem inicialmente realizar reuniões para identificação de ações educativas a serem desenvolvidas, de acordo as categorias e perfis profissionais e a necessidade do serviço, contando com ampla participação dos usuários indígenas. Essas informações serão subsídios para inclusão das demandas dos Distritos nas discussões nos espaços oficiais definidos na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ou seja, as Comissões de Integração Ensino-Serviço e os Colegiados de Gestão Regional. Desta forma suas necessidades deverão estar contempladas no Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, coerente com os planos de saúde estaduais e municipais da região onde se localizam.

Ainda como estratégia de qualificação por meio da educação permanente, deve ser criado um grupo de apoiadores, agregados segundo competências e capacidade pedagógica para serem preceptores das equipes matriciais e/ou equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI). Tanto os profissionais das EMSI como os preceptores poderão estar ligados ao sistema formal por meio de parcerias com universidades que venham a organizar cursos de educação à distância ou incluir as demandas levantadas em programas de pós-graduação. Esta iniciativa possibilitará um

³ Ver tópico específico deste Relatório que trata das equipes distritais.

horizonte em que a equipe, ou alguns membros dela, também poderiam se tornar preceptores e contribuir com a fixação de profissionais na atenção à saúde indígena.

I.4 Adequação ética e cultural das práticas sanitárias

Se entendemos as práticas sanitárias, como “práticas de saúde articuladas com a totalidade social, nas suas dimensões econômicas, políticas e ideológicas” (PAIM, 2002) e consideramos a ética como princípio norteador das práticas de saúde, a questão cultural se constitui um ponto chave para qualificá-las do ponto de vista da integralidade.

A interculturalidade em saúde, ou a adequação cultural das práticas, requer a capacidade de mover-se equilibradamente entre conhecimentos e práticas culturais com respeito à doença, vida, morte, e corpo biológico, social e relacional (IBACACHE y OYARCE,1996)”. A relação intercultural em saúde pode ser entendida, segundo Dibbits (2004, p. 6):

... en primer lugar como deseo de comunicación, de apertura a conocer y comprender la cosmovisión de la población a que se atiende y, además, dejar de pensar que nuestros valores y prácticas de cuidados son invariablemente los más “adecuados” y los ajenos “erróneos”. Implica también el esfuerzo de repensar la propia cultura y buscar el intercambio, a partir del cual cada una de las partes puede construir algo nuevo que no habría podido construir de manera independiente, haciendo posible que la suma de uno más uno sea más que dos.

A adequação ética e cultural das práticas sanitárias trata do acolhimento de demandas diferenciadas culturalmente e tem por pressupostos o respeito à diferença; compreensão da diversidade; consideração de aspectos etno-culturais desde o planejamento, execução e avaliação das ações; escuta qualificada, apreensão ampliada das necessidades e reconhecimento do protagonismo dos indivíduos e das comunidades.

A adequação ética e cultural das práticas sanitárias se torna possível através da habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto da situação local.

Constitui-se, assim, em um processo de negociação contínua a se dar em cada nível da atenção à saúde e deve se constituir num eixo transversal do desenho do modelo de atenção, desde a abordagem da comunidade para ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, passando pelo atendimento da demanda e implantação de programas estratégicos até a utilização dos serviços de média e alta complexidade.

Esta adequação deve avançar para uma relação de intercomplementaridade entre as práticas sanitárias ocidentais e as tradicionais, pautada pelo respeito às diferenças e passível de ser construída ao adotarmos o acolhimento, o vínculo e a coresponsabilização como princípios do trabalho de saúde.

As práticas indígenas, de acordo com vários autores, fazem parte da sua cultura como um sistema simbólico, composto de valores, representações e significados inter-relacionados⁴. Os povos indígenas desenvolveram conhecimentos e saberes sobre as práticas da medicina ocidental e estes saberes compõem seu sistema de saúde, definindo o que é doença e saúde, o que causa doenças e o que as curam, e o que é cura. As respostas para os problemas de saúde são diferentes daqueles da medicina ocidental e resultam de noções, valores e expectativas diferentes e específicas para cada povo indígena.

Portanto um primeiro desafio que se coloca para a atuação dos profissionais de saúde é o respeito à diferença. Em geral, as intervenções na área de saúde são permeadas de preconceitos advindos do senso comum sobre os índios e realizadas sem o devido respeito aos aspectos sócio-culturais do grupo, dificultando o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a população e comprometendo o êxito do trabalho de saúde (LANGDON, 1999).

Neste sentido, torna-se primordial viabilizar que os profissionais que trabalham com a saúde indígena modifiquem sua visão do “índio” e possam se apropriar de conhecimentos relativos aos processos históricos, sociais e culturais das sociedades indígenas. Tais aspectos são fundamentais para a construção do diálogo intercultural e propiciam a adequação da ação dos profissionais e dos serviços às realidades locais.

Um segundo desafio se refere ao respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprio a cada sociedade indígena, imprescindíveis na execução das ações e serviços de saúde e na elaboração de propostas de

⁴ Ver bibliografia sobre o tema no diagnóstico situacional. Uma reflexão mais específica sobre a relação dos profissionais de saúde e a população indígena pode ser encontrada em Langdon

prevenção, promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local. Este se constitui um grande desafio considerando a concepção hegemônica da saúde que tem direcionado até os dias atuais a formação dos profissionais de saúde, permeado as práticas sanitárias e a prestação de serviços no setor saúde que utiliza a doença como referencial e todo o investimento no campo da saúde é dirigido para controlar, vigiar ou enfrentar a doença.

Aprendemos da visão indígena que saúde é muito mais que estar sem “doenças”, portanto, não é possível assegurar a saúde limitando sua dimensão apenas ao tratamento de doenças, centrado na medicina curativa, como tem ocorrido até o momento desprezando a representação do processo-saúde doença como um processo culturalmente construído e socialmente compartilhado em cada caso particular. Sob esta ótica a capacitação dos profissionais para atuar na saúde indígena deve, por um lado, proporcionar a reflexão sobre a necessidade de uma mudança paradigmática e, por outro, dedicar tempo suficiente para se trabalhar com os profissionais as representações sobre saúde e doença dos grupos onde se deseja intervir e como estas influenciam no processo de buscar tratamento.

Um terceiro desafio, ao pensarmos a atuação dos profissionais de saúde junto às comunidades indígenas, se refere ao perfil do profissional. Estes embora pertençam a área de saúde, sua visão não deve ser restrita a sua área e devem conhecer o campo da política, da educação, do meio ambiente e outros que se relacionam com a área da saúde, considerando as especificidades da questão indígena. Portanto, necessitam ter uma visão “generalista” entendendo este entorno ampliado e complexo como seu campo de trabalho e atuação (LEFEVRE, 2004; MENDES 1995)

Seu trabalho em saúde não deve estar restrito ao serviço de saúde. Devem atuar junto à comunidade e para isso é preciso que estejam preparados para interagir de acordo com as regras de convivência estabelecidas, saber abordar com respeito os moradores e as comunidades como um todo e atuar como um elemento capaz de implementar em conjunto com a comunidade o trabalho em saúde construído com base no exercício da cidadania.

A antropologia teria uma importante contribuição no sentido de facilitar este diálogo. A abordagem antropológica sobre os sistemas de atenção à saúde permite situar a atuação profissional entre os demais setores do sistema de atenção à saúde

que são mobilizados em cada caso específico de doença, onde os serviços profissionais são apenas um dos recursos.

Ainda que não existam metodologias e estratégias definidas para a intervenção antropológica, são diversas as expectativas e as possibilidades de participação de antropólogos nas equipes multidisciplinares de atenção à saúde indígena⁵. Não cabe nos propósitos deste relatório o aprofundamento do debate sobre as abordagens da antropologia da saúde. Ao tratar da operacionalização da assistência farmacêutica (com mais detalhes no anexo 3) incorporamos a concepção de Menéndez (2003) sobre as concepções e práticas de auto-atenção que se observam no âmbito da família e do grupo social. Esta abordagem também está sendo seguida para a sistematização dos conhecimentos sobre sistemas de parto produzidos no desenvolvimento dos projetos apoiados pela AMTI. Os dados preliminares do estudo trazem algumas orientações para adequação das ações de atenção à saúde materno infantil e iniciativas que merecem ser apoiadas no desenvolvimento de projetos piloto⁶.

1.5 Articulação com as medicinas tradicionais

No Brasil, algumas experiências inovadoras foram apoiadas pelo Projeto VIGISUS II – Área de Medicina Tradicional Indígenas. Nos Anais da *I Reunião de Monitoramento* (Ministério da Saúde/Funasa, 2007), que reúne relatos e discussões destas experiências com a participação de antropólogos que tem se dedicado ao tema, são abordadas algumas questões a ele relacionadas.

Dentre as recomendações finais da reunião é destacado o alerta para os riscos da apropriação “das noções relativas às ‘medicinas tradicionais indígenas’” de forma a não dar conta da diversidade dos sentidos, contextos e configurações dos sistemas terapêuticos nativos. Um dos cuidados a serem tomados seria rever o enfoque exclusivo sobre a figura dos “especialistas”, tão presente ainda na formulação das

⁵ Um conjunto de artigos tratando da participação de antropólogos nas ações de saúde pode ser encontrado na coletânea organizada por Langdon e Garnelo (2004). Estas possibilidades de intervenção também estão sendo debatidas na Área de Medicina Tradicional Indígena do Projeto VIGISUS II (MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA, 2007).

⁶ FUNASA/VIGISUS Subcomponente II: Ações Inovadoras em Saúde Indígena. Medicina Tradicional Indígena. Apresentação .ppt.

políticas públicas em relação aos saberes tradicionais, cujo papel deve ser entendido em relação aos contextos cosmológicos, ontológicos, sócio-políticos, culturais e históricos.

Feitas estas advertências, as recomendações da reunião, em sua maioria; são voltadas para o processo de construção de políticas públicas relacionadas às medicinas tradicionais indígenas que (Idem, p.180-182):

- não devem tratar as medicinas tradicionais indígenas medicinas como complementares ou alternativas;
- devem evitar o enfoque da normatização e regulamentação pelo Estado;
- devem ser produto de amplo processo de discussão e negociação envolvendo a efetiva participação comunitária e a contribuição de profissionais de saúde, gestores e pesquisadores;
- não devem ter seus processos de discussão sujeitos a pressões burocráticas, políticas ou demandas emergenciais, mas seguir “seu próprio tempo”;
- devem ter embasamento em conhecimentos etnográficos aprofundados;
- devem atentar para o respeito dos direitos intelectuais coletivos sobre os conhecimentos tradicionais.

No mesmo documento, outras recomendações tratam do respeito às “diversas competências, legitimidade dos saberes, práticas e praticantes das medicinas indígenas em todas as esferas de decisão”; capacitação dos profissionais de saúde de todos os níveis de atenção para “atender efetivamente as demandas por atenção diferenciada em saúde das comunidades indígenas”; criação de instâncias de diálogos interculturais, interdisciplinares e interinstitucionais para propiciar a eficácia e legitimidade das ações de saúde dirigidas; aproximar a reflexão antropológica sobre as “medicinas tradicionais indígenas” e os conhecimentos indígenas ao fazer cotidiano.

Os especialistas indígenas devem ser reconhecidos como agentes que desempenham um papel fundamental no provimento de cuidados à saúde e utilização dos serviços oficiais, mas não devem ser incluídos nas relações hierárquicas que caracterizam estes serviços e por eles serem regulamentados ou assalariados. Deve ser considerada sua inserção na própria organização social indígena e seu papel nos itinerários terapêuticos deve ser identificado pelas equipes e valorizado por meio de ações como: apoio de iniciativas como “oficinas de medicinas tradicionais” e encontros de especialistas; sua incorporação como instrutores no processo de capacitação das

equipes e apoio para que possam atuar nos estabelecimentos de saúde quando solicitados pelos pacientes ou seus familiares.

2 Ações de promoção, prevenção e educação em saúde, e articulação com a cultura e os conhecimentos da população indígena

As noções de promoção à saúde e prevenção das doenças, ainda que se sobreponham em nível operacional, são baseadas em paradigmas distintos. A prevenção, atividade do campo da biomedicina (que já foi considerada como um “nível de atenção” na medicina preventiva), estaria baseada na concepção de risco e probabilidade de adoecer direcionando suas intervenções para grupos determinados. A promoção da saúde, por seu lado, estaria mais relacionada aos aspectos globais das comunidades com maior especificidade fora da área biomédica, incorporando as dimensões sociais, econômicas, políticas, históricas, espaciais e culturais (BUSS, FERREIRA e ZANCAN, 2002).

Dentre as formulações conceituais sobre promoção da saúde podem ser reunidas em duas grandes tendências, uma centrada no comportamento dos indivíduos e seus estilos de vida, bem próxima à prevenção das doenças, e a outra, dirigida a um enfoque mais amplo de desenvolvimento de políticas públicas e condições favoráveis à saúde (MONKEN e BARCELLOS, 2007). Nesta lógica, à promoção da saúde corresponderiam alguns campos privilegiados de ação tais como: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, fortalecimento da ação comunitária (BUSS, FERREIRA e ZANCAN, 2002; VERDI e CAPONI, 2005).⁷

Esta segunda tendência é a adotada no modelo de vigilância da saúde e exige também uma mudança de intenções da educação em saúde – que muitas vezes enfoca a responsabilização dos indivíduos, buscando a sua transformação e não considera as demais causas da falta de saúde – que devem promover o envolvimento das pessoas

⁷ Dada a importância destes aspectos, eles estão contemplados em duas diretrizes da PNASPI: “promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena” e “promoção de ações específicas em situações especiais”. Esta última trata especificamente do combate a fome e a desnutrição. Ambas as diretrizes apontam para a necessidade de esforços intersetoriais. A necessidade da definição de “mecanismos de articulação intersetorial que possam fazer frente aos diferentes determinantes envolvidos no processo de saúde e doença” também está expressa no capítulo que trata das responsabilidades institucionais (p. 22). Dentro do modelo de atenção nos limitaremos a apontar ações que demandam a atuação intersetorial no tópico 9 deste relatório (*Papel das organizações públicas e não-governamentais na prestação de cuidados à saúde indígena*).

nas decisões relacionadas à sua própria saúde e naquelas relacionadas aos grupos sociais a que pertencem.

O principal objetivo da educação em saúde é promover a saúde no seu sentido positivo, ou seja, saúde para uma vida vivida com qualidade, meta que inclui quatro estágios: a) fomentar a reflexão sobre os aspectos da realidade pessoal; b) estimular a busca e a identificação coletiva das causas dessa realidade; c) exame das implicações dessa realidade e d) desenvolvimento de um plano de ação para alterá-la. (OLIVEIRA, 2002, p. 428))

Em relação às comunidades indígenas nos deparamos com as especificidades dos contextos e necessidade de adequação de metodologias participativas que permitam conhecer a visão indígena sobre os temas abordados. Para isso é importante o envolvimento de toda a equipe nas atividades educativas, não havendo atribuição desta tarefa unicamente ao agente indígena de saúde.

Mais uma vez, o desafio se refere à relação comunicativa do profissionais de saúde com as comunidades. O discurso dos profissionais de saúde tende a ser prescritivo, embasado na lógica sanitária e desconsiderando o ponto de vista da população da qual espera obediência às prescrições técnicas. Os profissionais de saúde acreditam possuir o conhecimento verdadeiro e legítimo sobre os temas que envolvem saúde e doença e, enquanto especialistas, estar socialmente investidos de autoridade para impor aos indivíduos e coletividades comportamentos que julgam saudáveis (LEFEVRE, 2004).

A prática discursiva de caráter educativo utilizada pelos profissionais de saúde além de não refletir na maioria das vezes, sobre as causas e as conseqüências das doenças, têm suas limitações potencializadas no âmbito da saúde indígena já que muitas vezes entram em contradição com as concepções do sistema indígena de saúde, não conseguindo penetrar e dialogar com as representações sobre saúde e doenças fundadas em lógicas diferentes. Não é demasiado lembrar que em muitas comunidades a maioria das pessoas são monolíngües ou tem pouco domínio do português.

A experiência internacional tem demonstrado que o envolvimento das pessoas da comunidade e o envolvimento de leigos nas ações de educação em saúde têm sido eficazes na adoção de comportamentos favoráveis à manutenção da saúde (ver Anexo I).

Os profissionais de saúde devem procurar se integrar às comunidades, identificar interlocutores, envolver outras pessoas nestas atividades, especialmente lideranças, professores, próprios especialistas indígenas ou mesmo não-índios da área da educação, alternativas econômicas, meio ambiente, etc.

3 Serviços de saúde pública e cuidados primários de saúde prestados pelo subsistema de Saúde Indígena

Para introduzir a perspectiva da vigilância da saúde na configuração da rede de serviços na atenção básica à saúde indígena é de utilidade examinar a sua adoção pela Estratégia de Saúde da Família, especialmente o processo de territorialização que é considerado a primeira etapa de sua implantação. Em seguida (seção 3.2) serão identificados os territórios da saúde indígena considerando a organização social e política das comunidades e sua relação com a população regional e propostos os tipos de estabelecimentos, equipes e funções a serem consideradas no desenho da rede de serviços.

3.1 O processo de territorialização e a Estratégia de Saúde da Família

A Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006), tem a vigilância da saúde em seus fundamentos e orienta a atuação da Estratégia da Saúde da Família para o território, realizando ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua.

A territorialização é um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas em vigilância em saúde, e tem sido preconizada também por diversas iniciativas no interior do SUS, como a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância (MONKEN e BARCELLOS, 2007). Como um dos pressupostos básicos do trabalho da Estratégia Saúde da Família adquire ao menos três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de

reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (PEREIRA e BARCELLOS, 2006).

A territorialização além de permitir a espacialização/localização dos problemas, identificando as desigualdades existentes no território, permite que a população seja capaz de reconhecer o serviço e que este possa identificar a população, estabelecendo uma relação de vínculo e co-responsabilização entre população-serviço-equipe de saúde.

Neste processo de delimitação de áreas, são identificados os seguintes territórios:

- território-distrito – delimitação político-administrativa usada para organização do sistema de atenção;
- território-área – delimitação da área de abrangência de uma unidade de saúde, a área de atuação de equipes de saúde;
- território-microárea – área de atuação do agente comunitário de saúde (ACS), delimitada com a lógica da homogeneidade socioeconômico-sanitária;
- território-moradia – lugar de residência da família.

A territorialização, segundo estes critérios, é vista como uma etapa da implantação da Estratégia de Saúde da Família e requisito para financiamento do Ministério da Saúde, que estabelece critérios populacionais e geográficos para sua delimitação.

No Quadro 3 apresentamos a elaboração de Monken (2007) sobre a lógica desta territorialização considerando os limites, extensão e o objeto das ações que são desenvolvidas em cada território.

Quadro 3 – O território das práticas da vigilância em saúde na Estratégia Saúde da Família

Território	Lógica de existência	Extensão territorial	Objeto de ação	Delimitação territorial / fronteiras
Distrito Sanitário	'caráter político-administrativo-assistencial'	Municípios, subprefeituras, regiões administrativas; bairros; consórcios de municípios.	Técnico-administrativo-assistencial	Físico –jurídicas
Área	Abrangência geográfica da Unidade de Saúde. -'caráter administrativo-assistencial'	Entorno delimitado pelos fluxos de trabalhadores de saúde e da população e pelas barreiras físicas	Organização básica da prática de assistência à saúde	Físico-jurídicas
Micro-área	Homogeneidade socioeconômica -ambiental e sanitária-cultural	Área com relativa homogeneidade de condições de vida e situação de saúde	Contexto de vulnerabilidade em saúde para intervenção da vigilância em saúde	Condições de vida e situação de saúde
Moradia	Família nuclear ou extensiva	Domicílio Habitação Condomínio	Vigilância em saúde; hábitos sanitários e cidadania	Físico-jurídicas

Fonte: *O território na promoção e vigilância em saúde* (MONKEN e BARCELLOS, 2007, p. 214)

3.2 Os territórios da saúde indígena

Adotaremos o quadro sinóptico acima para propor as possíveis instâncias territoriais compreendidas no desenho dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Tomaremos como ponto de partida o território da aldeia –local onde as pessoas vivem, adoecem e se mobilizam na busca de recursos para resolver seus problemas de saúde – e considerando suas relações de aliança e/ou proximidade geográfica configurar as áreas distritais e o território do Distrito como um todo.

Devido à extensão geográfica de alguns Distritos propomos um nível regional, que chamaremos de “sub-distrito”, considerando principalmente em relação aos serviços de saúde instalados e o processo de regionalização do SUS.

Quadro 4 – Os territórios das práticas da vigilância da saúde para a população indígena

Território	Lógica de existência	Extensão territorial	Objeto de ação	Delimitação territorial / fronteiras
Moradia/ comunidades (micro-área)	Relações de parentesco / aliança.	Terras indígenas / parcelas. Área com relativa homogeneidade de condições de vida, situação de saúde e relações regionais.	Vigilância da saúde; hábitos sanitários e cidadania Contexto de vulnerabilidade em saúde para intervenção da vigilância em saúde.	Relações com outras comunidades / população envolvente.
Área	Caráter técnico-operativo e assistencial Abrangência geográfica da Unidade de Saúde.	Barreiras geográficas, diferenças étnicas- culturais.	Vigilância da saúde; Organização do processo de trabalho e das práticas sanitárias Planejamento e programação local.	Condições de vida e saúde Situação geográfica Relações inter-étnicas.
Sub-Distrito	Apoio técnico, logístico e administrativo.	Em casos excepcionais (nos distritos que se sobrepõem a limites estaduais ou municipais).	Suporte técnico/operacional Articulação de rede de serviços assistenciais.	Disponibilidade de serviços de referência. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização.
Distrito Sanitário Especial Indígena	Articulação regional ‘caráter político-administrativo-assistencial’.	Terras Indígenas ou conjunto de Terras Indígenas (Municípios, subprefeituras, regiões administrativas; bairros; consórcios de municípios.)	Exercício da responsabilidade sanitária Técnico-administrativo-assistencial.	Físico –jurídicas.

3.2.1 A micro-área: a moradia, a aldeia ou comunidade

Na comunidade⁸ se sobrepõem o território-moradia e o território micro-área. Esta micro-área, entretanto, não é definida pela “lógica da homogeneidade socioeconômica e sanitária”, e nem o seria por uma suposta lógica de “homogeneidade cultural” se considerarmos que há aldeias onde vivem mais de uma etnia.

⁸ Estamos utilizando os termos “aldeia” ou “comunidade” como sinônimos baseados nas referências indígenas aos lugares em que moram. A utilização destes termos pelos índios variam em cada região.

Para pensar o modelo de atenção à saúde tomaremos esta micro-área definida em termos de relações (de parentesco, aliança) envolvidas no processo de adoecer e buscar tratamento. Estas relações normalmente se estendem também para além dos co-residentes, para outras comunidades, outros povos, categoria onde se incluem os serviços oficiais de saúde, que podem estar ou não disponíveis e serem ou não utilizados (aspectos relacionados com a “adequação ética e cultural das práticas sanitárias”).

A aldeia é o local onde os problemas de saúde da população se expressam e é também o cenário das ações de intervenção. A comunidade é o local de trabalho do agente indígena de saúde (AIS), que deve desenvolver habilidades e competências para atuar, na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na identificação de necessidades especiais em tempo oportuno.

O agente indígena de saúde tem se destacado como mediador entre as comunidades e os serviços de saúde. Sua atuação, portanto, é tão diferenciada quanto sejam as situações das comunidades e dos serviços e estabelecimentos acessíveis. Sob este último aspecto pode-se observar diferenças significativas entre as atividades a serem desempenhadas por um agente indígena de saúde nas proximidades das cidades das regiões sul e sudeste e àqueles que vivem em comunidades que se localizam a distâncias que são medidas em dias de viagem na região amazônica.⁹

O que queremos destacar é que quando não há outros profissionais de saúde acessíveis, os agentes indígenas de saúde são solicitados a intervir em casos de emergência. Sua intervenção, entretanto não pode se dar de maneira isolada. Esta situação demanda não só que ele desenvolva competências e habilidades específicas, mas também maior apoio da equipe de saúde, desenvolvimento de protocolos de avaliação de risco, disponibilidade de meios de transporte e comunicação, equipamentos e medicamentos essenciais.

A equipe é responsável pelo processo de formação do agente indígena de saúde. Este processo de formação serve também para a equipe tomar conhecimento da realidade local, formas de pensar e se organizar buscando ter saúde. A constituição do vínculo entre os profissionais das equipes e os agentes de saúde, ainda que

⁹ Não vamos nos deter aqui sobre o processo de formação de agentes indígenas de saúde. No Diagnóstico Situacional situamos a demanda indígena pela formação dos agentes indígenas de saúde, a construção das metodologias e materiais que já foram concluídos pela Funasa e a carência de recursos e iniciativas para sua aplicação. No Anexo II é apresentada uma matriz de competências, habilidades e atividades para avaliação de desempenho dos agentes indígenas de saúde.

indispensável para qualificar a assistência, permanece como desafio para que as equipes se constituam em verdadeiras equipes. A atuação dos AIS não visa substituir as atribuições dos demais profissionais, e nem a relação destes com o agente de saúde deve substituir a relação dos demais profissionais com a comunidade, que deve ser co-participante também no processo de formação¹⁰.

É preciso que a equipe e a comunidade tenham clareza sobre o papel dos agentes considerando que sua inserção social é diferente do agente comunitário de saúde: por suas relações de parentesco, de convívio familiar, além de estreitas relações sociais, culturais e políticas com seus co-residentes e não apenas de vizinhança. Estas relações tanto influenciam na seleção do agente quanto delimitam seu papel. Assim sua atuação vai ser permeada de negociações e enfrentamentos, uma vez que além de administrar as relações sociais na comunidade também terá que interagir com indivíduos com uma racionalidade diversa da sua e de seu povo.

Pensando na inserção comunitária da atuação do agente indígena de saúde, o número de comunidades deve ser considerado o primeiro critério para definir a quantidade de agentes de saúde. Toda comunidade, idealmente, deveria ter um agente de saúde, especialmente as mais isoladas geograficamente.

Em comunidades mais numerosas estes critérios devem ser negociados segundo as relações entre os grupos de parentesco, situação epidemiológica e acesso a outros estabelecimentos. Nos casos em que o agente indígena de saúde mantém contato diário com as equipes, suas atribuições tendem a ser mais próximas das estabelecidas para os agentes comunitários de saúde. Mesmo assim, o seu processo de formação deve ser considerado estratégico para organização dos serviços e adequação das práticas.

¹⁰ No Apêndice 2 estão as atribuições dos membros das Equipes de Saúde da Família. A estas atribuições devem se acrescentar as relativas ao processo de formação e supervisão dos agentes indígenas de saúde.

3.2.2 Área distrital

A área distrital se configura por um conjunto de comunidades próximas que podem ou não compartilhar a mesma terra indígena e a mesma cultura. Este território-área deve contar com a estrutura de um Posto de Saúde Indígena ou Pólo-base que se constitui a base logística das ações.

Os processos de trabalho da Saúde da Família (MINISÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 11)

I – manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II – definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III – diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;

IV – prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V – trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI – promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII – valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII – promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX – acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

É o campo de atuação do Núcleo Básico das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena¹¹, que em sua concepção devem incluir também os agentes indígenas de saúde com os quais compartilham o processo de trabalho, responsabilidades e atribuições. Seu processo de trabalho, o mesmo proposto pela Estratégia de Saúde da Família, deve ser orientado para atenção aos problemas de saúde referidos pela população, articulando operações para o enfrentamento dos problemas contínuos e

¹¹ Estamos adotando a disposição da Portaria GM 1088/2005 que define a composição das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena em três núcleos: Núcleo Básico de Atenção, Núcleo de Referência à Atenção Básica (que optamos por denominar Núcleo de Apoio) e Núcleo Matricial. A Portaria GM 2656/2008 modifica esta composição e o Núcleo Básico passa a incorporar também o Núcleo de Referência e o Núcleo Matricial passa a ser descrito como Núcleo Distrital. A disposição da portaria 1088 nos parece mais adequada para o desenho proposto (ver Apêndice 3).

também priorizando o atendimento dos problemas de caráter ocasional através da prática da atenção às demandas da população.

A composição do Núcleo Básico de Atenção deve considerar tanto o seu papel de desenvolver a atenção continuada e resolutiva nas comunidades quanto a formação de agentes indígenas de saúde e sua inserção efetiva na rede de atenção à saúde. Assim, o número de profissionais em cada núcleo básico deverá ser definido considerando tanto os critérios relacionados ao número de habitantes da região, sua dispersão e perfil epidemiológico quanto o número de agentes de saúde em processo de formação, considerando que um instrutor-supervisor pode apoiar, no máximo, um grupo de 15 agentes.

Áreas distritais nem sempre são homogêneas como as delimitadas segundo a Estratégia Saúde da Família. Muitas vezes comportam povos diferentes, que apesar de estreitas relações de vizinhança possuem distintos graus de acesso aos serviços de saúde, escolaridade e inclusão em políticas públicas (por exemplo os Kaxinawá e os Kulina nos Distritos dos Altos Rios Purus e Juruá, no Estado do Acre, os Kaingang e os Guarani no Distrito Sul-Sudeste). Nesses casos pode ser necessário o desenvolvimento de processos diferenciados de formação de agentes indígenas de saúde e as equipes demandarem uma configuração especial com maior número de enfermeiros e participação de antropólogos e especialistas em educação intercultural.

3.2.3 Sub-distrito

Este espaço do território distrital tem sua delimitação condicionada a aspectos geográficos e operacionais que influenciam na organização da assistência, podendo ou não estar presente no território distrital.

Pensamos nesta possibilidade de configuração considerando que a atual delimitação de alguns distritos (extensão geográfica, populacional ou cultural) possa demandar a presença de um nível intermediário de gestão. Consideramos especialmente distritos extensos como o Sul-Sudeste que comporta diversas Assessorias de Saúde Indígena, desempenhando na verdade o papel de gestor distrital, ou distritos que guardam uma continuidade territorial e mesmo pertencimento étnico, como o Yanomami, mas que tem bases logísticas e de articulação regional em Boa Vista e São Gabriel da Cachoeira, ou o Amapá que atende regiões tão distintas sob o

ponto de vista cultural e de relação regional como o Tumucumaque, o Oiapoque e os Waiãpi.

Esta seria a área de atuação do Núcleo de Apoio de Atenção à Saúde Indígena e ser compostos por profissionais que devem apoiar os processos de trabalho do Núcleo Básico, podendo contar com antropólogos, educadores ou outros profissionais que sejam necessários na região. Além de fornecer o apoio e retaguarda necessários ao Núcleo Básico, deve ter entre as suas atribuições a consolidação, análise e retroalimentação das informações em saúde e operacionalização da articulação com a rede regional.

Há que se considerar que determinadas áreas distritais podem não apresentar a necessidade do trabalho permanente de alguns profissionais (como médicos ou cirurgiões dentistas, por exemplo), casos em que pode ser lotados neste núcleo e atender mais que uma área distrital.

3.2.4 Distrito Sanitário Especial Indígena

Segundo Mendes (1993), muito além de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, o território do distrito sanitário caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde.

Ainda que as concepções iniciais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas tenham se baseado na dos Sistemas Locais de Saúde, sua configuração atual compreende um arranjo de territórios indígenas sobrepostos a uma malha de territórios definidos político/administrativamente no país (municípios/regiões/estados). Estes vários territórios distritais, como notado, muitas vezes são compostos por comunidades, terras e povos indígenas com características diferenciadas.

Referindo-se à equipe distrital, além de seu papel de gestor e articulador regional, do ponto de vista do modelo de atenção esta instância deve exercer uma função técnica de apoio e supervisão das ações¹². Sugerimos que estas funções sejam distribuídas entre equipes do Núcleo Matricial de atenção básica à saúde:

¹² Note-se que esta função tem sido desempenhada, ainda que de forma não institucionalizada, pelas “coordenações técnicas” dos Distritos.

I - Equipe de apoio à participação social e processos de educação permanente:

- implementar ações relativas à política de educação permanente adequadas às práticas sanitárias;
- organizar processos de acolhimento de profissionais como passo inicial e desencadeador de atividades e percepções no âmbito da educação permanente;
- garantir a inter-relação e coerência das capacitações, treinamentos, cursos, dentre outros, como intenção de promover gradualmente a qualificação e ascensão profissional enquanto este estiver no serviço;
- promover o enfoque do serviço como espaço permanente de aprendizagem integrado às ações de atenção à saúde;
- garantir o reconhecimento da qualificação dos profissionais por meio de declarações, certificados ou títulos específicos de acordo com o tempo se serviço ou atividades realizadas, em articulação entidades formadoras reconhecidas;
- organizar e monitorar as informações cadastrais, assim como, informações referentes às atividades ao processo de educação permanente dos profissionais do DSEI.

2 – Equipe de promoção da vigilância à saúde:

1. implantar, adequar, atualizar e garantir a alimentação dos sistemas de informação em saúde;
2. retroalimentar as áreas distritais com dados analisados;
3. implementar e manter atualizado o sistema de notificação compulsória;
4. promover ações para a articulação das vigilâncias entre si e com a atenção básica;
5. articular com a educação permanente e outras instâncias capacitações de vigilância em saúde, agregando parceiros/apoiadores/facilitadores;
6. articular rede de apoiadores/facilitadores envolvendo parcerias com outras instituições;
7. monitorar a situação de saúde;
8. articular rede para o controle de doenças e agravos prioritários (locais e de importância nacional).

3 - Equipe de apoio técnico-operacional:

1. organizar escalas de trabalho;
2. consolidar necessidades e mobilizar insumos e recursos;
3. fazer a intermediação das equipes com a área logístico-administrativa;
4. fornecer apoio técnico operacional para as ações de atenção básica;
5. implantar, em conjunto com as demais equipes do núcleo matricial, os processos de acompanhamento e supervisão.

A composição destas equipes também deve levar em consideração as necessidades de trabalho. Distritos que atendem populações pequenas podem ter apenas duas equipes matriciais, agregando as funções aqui propostas.

Quadro 5 – Estabelecimentos, equipes, ações e recursos necessários segundo o território de atuação

Território	Estabelecimento	Equipe responsável	Apoiado por (ações dos apoiadores)	Estrutura / tecnologias
Aldeias / comunidades	Unidade de Apoio aos agentes indígenas de saúde e saneamento	Agentes indígenas de saúde e saneamento.	Profissionais do Núcleo Básico. (Formação, promoção do diálogo entre equipe/comunidade. Negociação das prioridades em saúde.)	Rede de comunicação (radiofonia, celular, etc.). Kit básico Infra-estrutura para procedimentos básicos
Área	Posto de Saúde Indígena ou Pólo-base tipo I	Núcleo Básico da Equipe multidisciplinar de saúde indígena.	Núcleo de Apoio, Núcleo Matricial (Promoção de habilidades de escuta, diagnóstica, de informação e intervenção.)	Área física adequada (c/ local de alojamento onde necessário), energia limpa, equipamentos, insumos, comunicação, informação em saúde.

Território	Estabelecimento	Equipe responsável	Apoiado por (ações dos apoiadores)	Estrutura / tecnologias
Sub-distrito.	Pólo Base Tipo II	Núcleo de Apoio da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena	Equipes matriciais (Articulação da referência, do apoio diagnóstico e tratamento. Rede de apoiadores intra e extra Institucionais. Promoção de habilidades de escuta, diagnóstica, de informação e intervenção.)	Área física adequada (c/ local de alojamento onde necessário), energia limpa, equipamentos, insumos, comunicação, informação em saúde.
Distrito Sanitário	Sede do Distrito	Núcleo Matricial de Saúde Indígena	Rede de apoiadores intra e extra Institucionais. (Articulação/ organização da referência, do apoio diagnóstico e tratamento. Qualificação dos Sistemas de Informação em Saúde. Capacitação, busca de parcerias.)	Estrutura física, comunicação, informação, capacidade de gestão.

4 Ações de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de controle das zoonoses e de vigilância alimentar e nutricional

A agregação de várias vigilâncias, como proposto pela Secretaria de Vigilância em Saúde, com histórias e sistemas operacionais diversos, tem dificultado a integração de todas em um único sistema e sua atuação junto com a assistência. O termo Vigilância em Saúde, adotado pelo Ministério da Saúde para a proposta de integração destas vigilâncias, é de certa forma uma redução do termo Vigilância da Saúde, cunhado por alguns pensadores do SUS e adotado por nós no marco conceitual, porque implica em diferentes enfoques de ação e de atribuições. Enquanto o espaço de intervenção da *Vigilância em Saúde* é o território da distribuição das doenças, na *Vigilância da Saúde* este espaço é o território das relações sociais de um determinado grupo de pessoas. Se pensarmos na Vigilância da Saúde como “modelo”, uma parte do trabalho destas “vigilâncias” já estará contemplada, principalmente as que se referem ao enfrentamento de problemas contínuos.

Apesar da definição de responsabilidade sanitária ser do gestor federal a definição da execução das ações que envolvem seu exercício remetem à “integração aos programas especiais a cargo dos gestores municipais e estaduais”¹³. É necessário que as atribuições do nível municipal, estadual e federal, tanto na execução das ações quanto no fluxo de informações seja normatizada para a construção da Vigilância nas Terras Indígenas e Distritos Sanitários Especiais Indígenas, buscando preservar o

¹³ Segundo o Decreto nº 3.146, de 27 de agosto de 1999 (Art. 3º), uma das atribuições da FUNASA, em articulação com as Secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde, é “coordenar a execução das ações de saúde e exercer a responsabilidade sanitária sobre todas as terras indígenas no país”. O PNSPI, ao tratar das responsabilidades institucionais recomenda que “as Secretarias Estaduais e Municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde/FUNASA”, sendo “indispensável a integração das ações nos programas especiais, como imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, entre outros, assim como nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária a cargo dos gestores estaduais e municipais do SUS”(BRASIL ,200, p. 21-22).

registro da etnia do território indígena , que envolve geralmente mais de um Município/Estado.¹⁴

A análise dos dados epidemiológicos considerando estas variáveis se justifica ao considerar que o potencial de transmissão de algumas doenças é maior entre a população indígena. Para comunidades indígenas que vivem em casas comunais, por exemplo, toda a aldeia pode ser comunicante/contato de um caso detectado. Afora isto, muitos grupos indígenas, quando doentes, migram para outras aldeias em busca de auxílio de especialistas tradicionais ou para fugir da doença. Assim quando acometidos por doenças transmissíveis podem disseminá-las enquanto se deslocam em busca de tratamento, aumentando a probabilidade de ocorrência de epidemias e mortes. O conhecimento da mobilidade, da concepção sobre a causalidade das doenças e dos itinerários terapêuticos percorridos pelas comunidades indígenas é essencial também para o controle oportuno das doenças transmissíveis.

Pelo conhecimento hoje existente acerca dos povos indígenas, é indiscutível que por mais semelhante que a população indígena possa parecer aos demais munícipes, principalmente nos locais com contato antigo, suas aldeias, terras e acampamentos apresentam diferenças tanto no espaço social quanto nos indicadores epidemiológicos e, na maioria das vezes, demandam intervenções específicas e diferenciadas. Principalmente porque os problemas e as soluções/intervenções de saúde serão diversos dos demais grupos sociais do município.

As equipes de saúde devem estar habilitados a realizar as ações de notificação, investigação e de realizar medidas de controle das doenças de notificação compulsória, detectar agravos emergentes e surtos, monitorar a qualidade da água e controlar zoonoses. Mesmo que os profissionais do Núcleo Básico de Atenção muitas vezes não tenham as habilidades necessárias para o enfrentamento destes problemas, as equipes devem ser apoiadas por um sistema estruturado de forma a que tenham acesso às

¹⁴ Uma questão importante a ser incluída nas discussões e definições sobre a implementação da vigilância epidemiológica diz respeito aos sistemas nacionais de informação. Muitos incluem a variável raça/cor (SINAN, SIM, SINASC, SISCOLO etc.), porém nenhum especifica a etnia. Assim os quase 200 povos indígenas do país entram numa categoria única, desconsiderando a diversidade cultural e as condições de vulnerabilidade social de cada povo. Outros sistemas nem mesmo contemplam esta variável (SIH, SIA) e outros apresentam apenas a categoria área indígena (SIVEP/Malária). Ao mesmo tempo o SIASI, sistema específico para as populações indígenas, apresenta dificuldade de exportação e interface com os demais sistemas em análises agregadas. Uma possível solução para isto seria incluir além da variável raça/cor, um campo para registro da etnia. Além disso, o desenvolvimento de interfaces amigáveis entre estes sistemas poderia auxiliar na agilização da análise epidemiológica, detecção e solução de problemas.

equipes matriciais e estas a outros níveis do sistema, de maior complexidade, que auxiliem a solucionar oportunamente o problema.

A criação de “salas de situação”, nos pólos-base e sedes distritais, onde as equipes discutam quinzenal ou mensalmente rotinas, diagnósticos, monitoramento, avaliação e planejem a resolução de problemas e a promoção da saúde pode ser uma forma de consolidar sua apropriação do método epidemiológico e do pensar na lógica da vigilância da saúde.

A capacitação das EMSI e equipes matriciais com o curso básico de vigilância epidemiológica, diagnóstico epidemiológico, análise de situação de saúde, controle de doenças de notificação compulsória, imunizações, vigilância ambiental, vigilância sanitária, vigilância de agravos não transmissíveis e saúde do trabalhador pode auxiliar no desenvolvimento das habilidades e competências necessárias para a abordagem dos problemas de saúde do território e na utilização/adequação de protocolos e práticas de saúde.

Assim como a execução das ações de controle dos agravos, também o fluxo das notificações deve ser normatizado. Os dados poderiam seguir da micro-área para os pólos e estes para os distritos, onde, após digitação nos sistemas de informação nacionais, seriam encaminhados para o nível estadual por meio eletrônico. Os municípios captariam os dados pelos fluxo de retorno, nos moldes do que ocorre hoje com as doenças de notificação compulsória no SINAN_ NET. A preservação da unidade epidemiológica das comunidades indígenas deve ser o ponto básico das discussões sobre os sistemas existentes, tendo presente que muitos arranjos, tanto na lógica de construção dos territórios indígenas quanto em sua possibilidade de articulação com os níveis do SUS, podem ser (re)construídos.

4.1 Vigilância ambiental em saúde

A vigilância ambiental em saúde, tendo como universo de atuação todos os fatores ambientais de risco que interferem na saúde humana tem na integração intersetorial um pressuposto.

Destacam-se como prioridades na atuação da vigilância ambiental conforme estabelecido no Sinvas:

- aumentar a capacidade de detecção precoce de situações de risco à saúde humana, envolvendo fatores físicos químicos e biológicos presentes na água, ar e solo;
- prevenir e controlar as zoonoses;
- estabelecer ações de vigilância entomológica para monitorar e orientar as ações de controle nas doenças transmitidas por vetores;
- analisar o impacto de mudanças ambientais e situações de catástrofes, acidentes com produtos perigosos e desastres naturais sobre a saúde das populações, visando ao desencadeamento de ações preventivas (FUNASA, 2002, p. 24).

A finalidade da vigilância ambiental em saúde está no mapeamento das áreas de risco de um determinado território e a proposição de ações de controle relacionadas à vigilância epidemiológica. A vigilância e controle de fatores de risco biológico já tem uma longa história no setor saúde estando agrupados em três áreas: controle de fatores de risco biológico relacionados aos vetores, relacionados a hospedeiros e reservatórios e os fatores relacionados aos animais peçonhentos. A vigilância ambiental dos fatores de risco não biológico apresenta também três áreas de agregação: água para o consumo humano, contaminantes ambientais e desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.

Nas comunidades indígenas merece destaque a necessidade do controle da qualidade da água para o consumo humano e controle sanitário das tecnologias utilizadas na construção de sistemas de abastecimento de água para consumo humano, controle dos sistemas de esgotamento sanitário e de manejo e destinação final de resíduos sólidos, visando à proteção dos recursos naturais. Vale destacar que grande número de comunidades indígenas dispõem de soluções alternativas de abastecimento que carecem ser cadastradas e monitoradas.

A proposição das ações de vigilância ambiental em saúde deverá se dar em cada distrito considerando: a identificação dos fatores de risco ambiental, consolidação do diagnóstico, priorização das ações para a resolução dos problemas, definição de objetivos, programas, ações e metas e organização de recursos e articulação de órgãos

internos e/ou setores externos para a operacionalização das ações e tomada de providências.

Seguindo a lógica do modelo de atenção proposto, o envolvimento da população desde a percepção do risco à proposição de ações é estratégico para alcance dos resultados.

4.2 Vigilância Sanitária

Algumas diretrizes do Plano Diretor da Vigilância Sanitária (Brasil, 2007) remetem ao marco conceitual da vigilância da saúde adotado neste trabalho. Também nas áreas indígenas há necessidade de “Indução política da estruturação da Vigilância Sanitária a fim de que cada esfera de governo tenha estrutura e estratégias para o gerenciamento do risco sanitário local” e “Promoção e fortalecimento do trabalho conjunto da Vigilância Sanitária com a atenção básica, contribuindo para a reflexão de saberes e práticas multidisciplinares e intersetoriais, favorecendo a integralidade das ações de saúde, nas três esferas de governo” e na “revisão do processo de planejamento e execução das ações de Vigilância Sanitária, considerando a responsabilidade sanitária, o território, o risco sanitário, a transcendência de eventos de interesse da saúde e as prioridades nacionais e locais de saúde, visando à integralidade das ações de atenção à saúde” entre outras (BRASIL, 2007).

A responsabilidade sobre a fiscalização de estabelecimentos e serviços de interesse da vigilância sanitária no âmbito do DSEI deverá ser pactuada em cada região de acordo com o Plano de Ação da Vigilância Sanitária em cada estado.

A constituição de equipes para executar ações específicas de vigilância sanitária nas Terras Indígenas e mesmo em alguns Distritos, não se justifica, uma vez que controle da água, solo, bens, produtos e serviços, etc. podem ser exercidos por equipes habilitadas que atuam na área em conjunto com as equipes matriciais dos Distritos, agregando outros profissionais dos níveis municipal, estadual e federal. Esta proposta estaria promovendo a integração tanto das vigilâncias quanto com a atenção

básica, desde que coordenadas por equipes matriciais referenciadas a uma retaguarda estadual/federal.

4.3 Vigilância Alimentar e Nutricional

Se a vigilância alimentar e nutricional envolve questões complexas para a população em geral no que diz respeito à intervenção, mais ainda o será para povos indígenas. Não apenas pela necessidade de envolver vários setores para a solução de problemas, mas também diante de mudanças radicais de hábitos alimentares introduzidas com o contato interétnico.

A PNSPI (BRASIL, 2002, p. 19) prevê a proposição de ações de combate à fome e à desnutrição através da implantação do Programa de Segurança Alimentar; incentivo à agricultura de subsistência; utilização de tecnologias apropriadas para beneficiamento de produtos de origem extrativa, mobilização de esforços institucionais no sentido de garantir assessoria técnica e insumos para o aproveitamento sustentável dos recursos além do desenvolvimento de projetos habitacionais adequados e reflorestamento com espécies utilizadas tradicionalmente na construção de moradias.

Implantar a política envolve várias etapas. No que diz respeito à implantação do Sistema de Vigilância Nutricional são notados os avanços em termos de cobertura: foi iniciada a capacitação das EMSI para a realização correta das medidas e registro, a aquisição de instrumentos básicos para esta atividade (balanças, antropômetros, cartões e fichas para registro dos dados coletados) e análise de dados. Um Inquérito Nutricional Nacional está sendo realizado, o que certamente trará subsídios para implementar outras ações para o enfrentamento das carências nutricionais populacionais. Também está sendo realizado curso de especialização à distância para profissionais que atuam na atenção à saúde indígena, que deve resultar em propostas de intervenção.

A vigilância alimentar e nutricional deverá ser efetivada na rotina dos serviços com ênfase na recuperação e manutenção do estado nutricional, articulações com a

comunidade e outras instituições parceiras responsáveis por programas sociais para garantir a Segurança Alimentar e Nutricional nas áreas indígenas

Há relatos de experiências na busca da auto-sustentabilidade e na abordagem e intervenção frente a casos de desnutrição, risco nutricional e sobrepeso. Experiências bem sucedidas de iniciativas com efeitos positivos a curto e médio prazo são encontradas, como a relatada na caixa de texto.

Experiência de implantação da Vigilância Alimentar e Nutricional no DSEI Litoral Sul/RS. (MURLIK, 2007)

Entre os Guarani do Distrito Litoral Sul/RS, o relato de uma equipe é animador. Após capacitação para implantar o Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional a equipe percebeu que pouco sabia sobre o tema e resolveu formar um grupo de estudo. A partir do aprendizado sobre as técnicas corretas, e iniciando o cadastramento e pesagem das crianças, perceberam que as balanças existentes estavam descalibradas e encaminharam solicitações ao gestor para sua calibração – o que demorou cerca de um ano para acontecer. Enquanto isto acontecia convidaram especialistas para o grupo, buscando aprender sobre os agravos associados às deficiências alimentares e as soluções possíveis para a promoção da segurança alimentar. De posse destas informações e devido às dificuldades para seu enfrentamento – um deles devido às mães indígenas parecerem não perceber o problema nutricional das crianças – reuniram com a comunidade para apresentar os dados da avaliação nutricional, perguntando a eles o que achavam. Ficaram surpresos em descobrir que o grupo tinha três categorias para as crianças que a equipe classificava como desnutrida: uma era considerada “magra de natureza”; noutra a magreza era decorrente da natureza doente da criança e noutra era decorrente de uma fase da vida em que normalmente perdia peso. Apenas numa destas categorias as famílias consideravam a criança como doente e passível de intervenção. A partir deste diálogo, equipe e comunidade começaram a discutir as diferentes interpretações chegando a um consenso sobre as intervenções. Uma das conseqüências foi a busca de financiamento de uma cozinha, horta e pomar comunitários para reuniões e práticas alimentares, tendo como resultado, além da diminuição da prevalência de desnutrição a busca pela autonomia e segurança alimentar de toda a comunidade.

Esta experiência mostra que a discussão na equipe sobre o problema, reuniões com a comunidade para a troca de saberes, se estes são percebidos como problema pelas famílias, quais as causas atribuídas às categorias encontradas, o que deve ser feito, como implantar as ações definidas pelo consenso equipe/comunidade, a busca de parceiros para as ações intersetoriais e avaliação após intervenção são caminhos que remetem novamente ao modelo aqui proposto.

5 Protocolos de procedimentos, ações e rotinas por estabelecimento de saúde

Nas Oficinas Regionais de Modelos e Metas da Saúde Indígena, a implantação de protocolos e programas não tem sido apontada como uma questão muito problemática do ponto de vista técnico na organização dos serviços de saúde. Os fatores que tem dificultado a sua implantação estão geralmente associados à disponibilidade de profissionais capacitados, disponibilidade de equipamentos, insumos e articulação com referências regionais.

Há protocolos definidos sobre as áreas estratégicas disponíveis na Biblioteca Virtual no sítio do Ministério da Saúde, mas que não estão acessíveis para consulta nas áreas mais remotas. Alguns deles já propõem diferenciação para a população indígena, como o de imunização onde é definido um calendário de vacinação diferenciado considerando a maior vulnerabilidade da população indígena a algumas doenças imunopreveníveis (ampliação da faixa etária, inclusão de vacinas especiais considerando a maior vulnerabilidade e modo de vida comunal destes povos), programa de controle da tuberculose que propõe critérios mais sensíveis para a indicação de quimioprofilaxia dos contatos (ampliando a indicação para todos os contatos com forte reação à prova tuberculínica e sem sinais de doença ativa).

Vale notar que estas adaptações são frutos de debates que envolveram diversos especialistas e profissionais das equipes de saúde, quando foram considerados tanto indicadores epidemiológicos quanto os aspectos relacionados à prestação de serviços.

O que temos observado é menos a necessidade do estabelecimento de critérios diagnóstico e indicação de tratamento diferenciado do que de formas de abordagem e operacionalização. Para isso é necessário que a equipe se aproprie dos protocolos recomendados e sejam capazes de reconstruir as práticas num processo de diálogo que envolva tanto a população quanto os responsáveis técnicos e especialistas relacionados.

Deve ainda se considerar que o elenco de programas e protocolos não deve se constituir em um “pacote” fechado para todos os distritos, mas serem trabalhados segundo as prioridades e possibilidades reais de intervenção nos problemas de saúde e baseadas nas necessidades e no perfil epidemiológico da população sem perder o foco da integralidade.

As ações programáticas, no modelo da vigilância da saúde, são importantes no sentido de organizar a oferta de serviços para enfrentamento dos problemas contínuos, articulando atividades e intervenções para abordagem de riscos e grupos de vulnerabilidade e servindo como ferramentas de planejamento e de pactuação entre os gestores do Sistema Único de Saúde. Vale destacar que a implementação dos programas não depende unicamente dos serviços em terras indígenas, mas também da situação de sua implantação na região onde se inserem.

No Quadro 6 destacamos algumas dificuldades freqüentemente relatadas e observadas na implantação de algumas ações programáticas de acordo com as áreas prioritárias estabelecidas nos *Pactos pela Saúde*.

Quadro 6 – Dificuldades e recomendações para a implantação de ações programáticas

Ações programáticas	Dificuldades encontradas	Recomendações
Saúde da mulher		
Pré-natal	Captação tardia Laboratórios de referência.	Discutir com a comunidade. Implantar testes rápidos.
Planejamento familiar	Abordagem das comunidades, assunto polêmico	Constituir grupo de apoiadores indígenas e pedagogos/antropólogos promovendo discussões junto da equipe e comunidade
Câncer de colo uterino	Local adequado para coleta. Laboratório de referência (muitas vezes o município compra serviços de fora do estado). Referência para tratamento	Pactuar cotas de exames citopatológicos e referência regionalizada por distrito.

Ações programáticas	Dificuldades encontradas	Recomendações
Saúde da criança		
Crescimento e desenvolvimento	Disponibilidade de instrumentos (balanças, régua). Formas de intervenção.	Realizar calibração de rotina dos instrumentos de medida; padronizar e supervisionar medições, Discutir com as comunidades sobre resultados e formas de intervenção; Agreguar outros parceiros como Emater, ONGs para geração de renda e auto-sustentabilidade; Promover oficinas com mães para discussão/preparo de alimentação saudável
Doenças preveníveis	Vacinação não está disponível na rotina dos serviços. Rede de frio insuficiente ou inadequada.	Adequar da rede de frio nas unidades ou pólos; Disponibilizar suporte de transporte para áreas de difícil acesso no mínimo três vezes a ano; Promover capacitação e atualizações anuais das equipes; Discutir com comunidade sobre formas de transmissão e proteção contra doenças.
Afecções respiratórias	Grande causa de mortalidade infantil; Acesso ao diagnóstico e tratamento precoce. Fatores ambientais e ligados às condições de vida e moradia.	Capacitar equipes para AIDPI; Manter comunicação permanente entre AIS e EMSI; Organizar referências de média e alta complexidade de forma regionalizada; Manter vigilância sobre a qualidade da água, controle de zoonoses e vetores; Promover junto com as comunidades melhorias de saneamento; Manter vacinação em dia.

Ações programáticas	Dificuldades encontradas	Recomendações
Diarréias	Grande causa de mortalidade infantil. Fatores ligados às condições de vida, abastecimento de água e saneamento.	Manter vigilância sobre a qualidade da água, controle de zoonoses e vetores; Promover junto com comunidade melhorias de saneamento; Manter meios de comunicação permanente entre AIS e EMSI; Organizar referências de média e alta complexidade de forma regionalizada; Promover ações contra desnutrição infantil, Promover programas de geração de renda.
Saúde do adolescente	Drogadição, óbitos por causas externas, DST	Promover educação formal e programas de geração de renda; Formar grupos de apoiadores para abordar sexualidade, alcoolismo e drogadição
Saúde do adulto	Diagnóstico e exames complementares/avaliação com especialistas; Abordagem e orientação sobre dietas. Mudanças de hábito alimentar.	Capacitar equipes e implantar de para detecção de DANt; Articular referências para apoio diagnóstico, especialidades médicas e internação; Promover oficinas com mães para discussão/preparo de alimentação saudável;

Ações programáticas	Dificuldades encontradas	Recomendações
Saúde do idoso	Não foram detectadas .	Aprofundar diagnóstico sobre a situação do idoso.
Saúde bucal¹⁵	<p>Formas de intervenção individual devido às especificidades da assistência;</p> <p>Ações Programáticas de saúde bucal não integradas às demais áreas</p> <p>Fornecimento sistemático de insumos;</p> <p>Métodos de realização de Ações Coletivas que devem transitar pela compreensão da significação de novos hábitos interculturais pelos indígenas</p> <p>Ações Preventivas que com protocolos seriados sistemáticos que exigem dos profissionais maior permanência de tempo na área indígena;</p> <p>Capacitação do AIS sem atribuições claras para as práticas de prevenção e promoção de ações em saúde bucal;</p> <p>Instrumentos factíveis de coleta de dados para monitoramento e avaliação do impacto.</p>	<p>Promover ações multidisciplinares para a vigilância do uso abusivo de dieta cariogênica;</p> <p>Promover a otimização da implementação de ações sistemáticas de prevenção das doenças que ocorrem na boca e promoção da saúde bucal.,</p> <p>Otimizar o sistema de monitoramento e avaliação através da vigilância epidemiológica das patologias que mais ocorrem na boca, subsidiando o planejamento estratégico das ações integrado</p> <p>Revisão , adequação do roteiro pedagógico da capacitação de AIS no componente saúde bucal para redefinição das atribuições das práticas definidas nas Diretrizes da Atenção à Saúde Bucal Indígena,, MS, FUNASA.</p>
Saúde nutricional	<p>Mudanças nutricionais.</p> <p>Formas de intervenção quando as causas estão ligadas a fatores sociais, econômicos, ambientais, etc.</p> <p>Adequação questionável da intervenção de outros atores (distribuição de cestas básicas, etc.)</p>	<p>Capacitar das EMSI sobre saúde nutricional e abordagem pedagógica; Promoção de oficinas com mães para discussão/preparo de alimentação saudável com apoiadores; Promoção de programas geradores de renda; adequar qualidade e distribuição de alimentos da cesta básica e outros;</p>
Saúde do trabalhador	<p>Cortadores de cana</p> <p>Trabalhadores (bóias frias, tratoristas, etc.), acidentes e óbitos por causas externas</p>	<p>Promover discussão com outros atores e comunidades sobre direitos do trabalhador;</p> <p>Realizar levantamento de dados e diagnóstico sobre ofertas e condições de trabalho de trabalhadores indígenas;</p>

¹⁵ Uma discussão aprofundada considerando as Diretrizes de Atenção à Saúde Bucal Indígena e sua implementação segundo a lógica da vigilância da saúde é apresentada no Anexo III.

Ações programáticas	Dificuldades encontradas	Recomendações
Saúde mental	Questões ligadas ao uso abusivo do álcool, drogas, suicídio, e violência. Intervenção de fatores legais, socioculturais e econômicos.	Discutir com outros atores e comunidades sobre abordagens em saúde mental.
Doenças emergentes e endemias		
Hepatites virais	Acesso ao diagnóstico e tratamento.	Pactuar referências regionais para apoio diagnóstico e tratamento;
DST/AIDS	Abordagem da comunidade. Disponibilização de preservativos. Disponibilização de aconselhamento, testagem e tratamento	Discutir com AIS e lideranças sobre as formas de abordagem. Viabilizar disponibilização de preservativos e testes rápidos. Articular com rede de referência
Hanseníase	Acesso ao diagnóstico	Pactuar referência para avaliação diagnóstica.
Tuberculose	Definição de comunicante (moradias coletivas, migração). Populações com pouco contato com o bacilo e condições de vida que propiciam a transmissão e instalação da doença. Disponibilidade de meios de diagnóstico (especialmente radiografias) Internação de doentes para tratamento em algumas regiões. Programa de controle da doença não funciona no município/região.	Constituir equipes volantes com capacidade diagnóstica. Capacitar equipes para detectar sintomáticos respiratórios – c/metas anuais - e, em áreas de difícil acesso, realizar BK; tratamento supervisionado por AIS; monitoramento de casos e eleição de regiões de risco; vacinas em dia;
Meningite	Dificuldade para diagnóstico. Óbitos por causas mal definidas (problema não visibilizado)	Capacitação diagnóstica integrada com hospitais referenciados e EMSI; pactuação de UTI pediátrica regional; Comunicação permanente com AIS; Manutenção de vacinação em dia; Sobreaviso médico e equipamento de comunicação voz/imagem

Ações programáticas	Dificuldades encontradas	Recomendações
Malária	<p>Diagnóstico tardio (rede de laboratórios insuficiente, carência de técnicos e microscópios).</p> <p>Equipes de controle de vetores sob responsabilidade dos municípios compromete a integração das ações de controle.</p>	<p>Constituir equipes de controle de vetores no âmbito do distrito;</p> <p>Promover a capacitação e supervisão de microscopistas;</p> <p>Disponibilizar testes rápidos;</p> <p>Disponibilizar microscópio e insumos com rotina para manutenção do equipamento;</p> <p>Implantar monitoramento semanal da doença;</p> <p>Constituir equipes volantes para ações emergenciais.</p>
Zoonoses	<p>Articulação com centros regionais de controle.</p> <p>Disponibilização de soros antiofídicos.</p> <p>Ações de controle das leishmanioses e da raiva.</p>	<p>Promover articulação com equipes regionais/estaduais de controle;</p> <p>Manter de rede de frio em aldeias/pólos de difícil acesso para conservação de soro anti-ofídico.</p> <p>Pactuar referências regionais para tratamento;</p>
Emergências	Identificação da emergência pela equipe local	<p>Dispor de meios de comunicação permanente com AIS;</p> <p>Articulação com referências regionais;</p> <p>Dispor de meios de comunicação e transporte para remoção rápida;</p> <p>Organizar escala de sobreaviso médico.</p>

5.1 Rotinas dos estabelecimentos de saúde e das visitas às comunidades

O estabelecimento de rotinas para atendimento da demanda espontânea e implantação dos programas estratégicos devem ser estabelecidas em cada caso, a partir de adequações das que estão propostas para a atenção básica.

Vale notar que o local prioritário do desenvolvimento das ações são as comunidades indígenas. Portanto, as equipes devem estabelecer rotinas de visitas, agendadas previamente com a população com a periodicidade necessária para garantir a qualidade e a cobertura das ações. Considerando as ações de programas que exigem intervenções periódicas (como o acompanhamento pré-natal e imunização, por exemplo) estas visitas devem ocorrer pelo menos seis vezes ao ano.

6 Operacionalização da política de assistência farmacêutica

É fato que a indústria de medicamentos representa um dos setores mais lucrativos no mundo contemporâneo. Segundo a Organização Mundial da Saúde/OMS (WHO, 2004), o valor total da produção global de medicamentos em 1999 foi de 320 bilhões de dólares, que correspondeu a 1,12% de todos os produtos domésticos. Quanto ao consumo de medicamentos em 1999, os 15% da população que vivem nos países ricos consumiram 91% dos medicamentos, enquanto que nos países pobres/em desenvolvimento, onde se concentra a maioria da população mundial, o consumo foi de apenas 2,9%. Em 2000, 98,7% das vendas globais de medicamentos foram nos mercados de dez países: Estados Unidos da América, Japão, França, Alemanha, Reino Unido, Itália, Espanha, Canadá, Brasil e México. O Brasil, ocupando o nono lugar, representou 1,8% dessas vendas, com 5,2 bilhões de dólares. As dez classes farmacológicas mais vendidas em 2001 corresponderam a 34% de todas as vendas de medicamentos no mundo, destacando-se os anti-secretores gástricos, os redutores de colesterol e de triglicerídeos, os antidepressivos, os antiinflamatórios não esteróides e os anti-hipertensivos (WHO, 2004).¹⁶

Ainda segundo a OMS e a Ação Internacional para a Saúde (*Health Action International/HAI*), em setembro de 2008, faltando metade do tempo para o alcance dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”¹⁷, os medicamentos essenciais¹⁸ estão mais caros e menos disponíveis do que o necessário nos países mais pobres (HAI, 2008).

Os dados acima ilustram de modo exemplar o que representam os medicamentos no mundo globalizado. Em que pese a importância das análises

¹⁶ Uma versão mais detalhada desta seção está no Anexo IV.

¹⁷ Em setembro de 2000, 189 países assinaram a “Declaração do Milênio”, com metas a serem alcançadas até 2015. Os oito objetivos (*Millennium Development Goals/MDGs*) representam um acordo para reduzir a pobreza e a fome e enfrentar as desigualdades de gênero, a falta de educação e de acesso à água potável e a degradação ambiental, entre outras. O acesso aos medicamentos essenciais nos países em desenvolvimento, através de cooperação com as indústrias farmacêuticas, é a meta 17 do objetivo oito (desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento).

¹⁸ Medicamentos essenciais são aqueles que “satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade” (BRASIL, 2007a, p. 15).

macroeconômicas e macropolíticas, elas não têm sido suficientes para explicar por que, por exemplo, o consumo de medicamentos é prática relevante mesmo onde os serviços de saúde são deficientes; os medicamentos de venda sob prescrição são disponíveis livremente; e a automedicação é importante recurso de cuidado (DIEHL e RECH, 2004). Assim, estudos em contextos locais de distribuição e uso dos medicamentos (VAN DER GEEST, 1987; ETKIN *et al.*, 1990; VAN DER GEEST *et al.*, 1996), sob a abordagem da antropologia, podem ser mais úteis na medida em que, nos episódios de doença, os indivíduos e suas famílias/redes sociais muitas vezes elaboram explicações baseadas no tipo, quantidade e “poder” dos medicamentos e/ou remédios utilizados (NICTER e VUCKOVIC, 1994). Para Van der Geest e Whyte (1988), não basta rotular os medicamentos como substâncias com propriedades bioquímicas e farmacológicas, mas sim pesquisar as situações dinâmicas nas quais os mesmos são percebidos e utilizados.

Para Menéndez (2003), nas sociedades latino-americanas atuais há a coexistência de diferentes formas de atenção às enfermidades, entre elas a biomedicina, as medicinas populares e tradicionais, as medicinas alternativas, a auto-ajuda (Alcoólicos Anônimos, Clube dos Diabéticos, etc.), entre várias outras. Segundo esse autor, nos processos de adoecimento, os sujeitos buscam saídas sem excluir ou privilegiar uma forma, com uma práxis orientada no restabelecimento da saúde. A práxis está centrada no ator e a auto-atenção é a primeira forma de atenção no âmbito da família ou do grupo social. A auto-atenção é marcada pela intencionalidade e deve ser entendida na perspectiva do doente e seu grupo, ou seja, não são as práticas e concepções que definem o que é a auto-atenção, mas sim os atores envolvidos. Conforme Menéndez, a automedicação é a decisão mais ou menos autônoma de utilizar determinados fármacos sem a intervenção direta e/ou imediata dos profissionais de saúde. Indo além, ele propõe que a automedicação é só parte das formas de auto-atenção e implica o uso não só de fármacos, mas também de outras substâncias, como ervas medicinais, álcool, maconha, etc. As críticas da biomedicina sobre a auto-atenção são baseadas quase que exclusivamente em termos de automedicação, definida de modo negativo e como conseqüência da falta de educação ou ignorância. Porém, como salientado por esse autor, a biomedicina vem desenvolvendo uma relação contraditória a respeito do processo de auto-atenção, já que por um lado questiona a automedicação e por outro estimula constantemente atividades de auto-cuidado e de outras formas de auto-atenção, como o planejamento

familiar (vários métodos, incluindo a pílula contraceptiva), a reidratação oral, o uso da camisinha, o preventivo feminino, a apalpação dos seios, a auto-injeção de insulina, entre outras.

Em 2004, Diehl e Rech salientaram que no Brasil ainda eram poucos os estudos sobre medicamentos em uma perspectiva antropológica; esse quadro se mantém até os dias atuais. Em se tratando de populações indígenas, ainda é maior a escassez de pesquisas sobre medicamentos. Parte considerável das pesquisas antropológicas tem privilegiado a abordagem sobre as interpretações nativas de doença e as terapêuticas tradicionais de cura (ver, por exemplo, alguns dos artigos publicados em Buchillet, 1991 e em Santos e Coimbra Jr., 1994). Os remédios indígenas também têm merecido trabalhos específicos, sejam sob o ponto de vista da etnobotânica como da etnofarmacologia (ELISABETSKY e SETZER, 1985; ELISABETSKY e POSEY, 1986; PRANCE, 1987; MONTAGNER, 1991; HAVERROTH, 1997).

Secundariamente, os medicamentos aparecem em etnografias como as de Brunelli (1989), Conklin (1994) e Pollock (1994). Outros estudos antropológicos têm enfatizado a pluralidade de sistemas médicos e de recursos terapêuticos, incluídos os medicamentos, entre grupos indígenas brasileiros (MORGADO, 1994), bem como a caracterização dos medicamentos como símbolos do poder dos não índios e como “uma forma de prestígio nas relações comunitárias” (GARNELO e WRIGHT, 2001). A pesquisa de Novaes (1996; 1998), que teve os medicamentos como elementos centrais de análise, identificou uma intensa medicalização entre os Wari’ de Rondônia e que a busca pelos serviços médicos, em especial os medicamentos, ocorria na maioria das situações de doença. Essa autora observou que a eficácia dos medicamentos era avaliada sob a luz das noções nativas de terapia e que eles foram incorporados no ritual xamânico, como pré-requisito para a cura. O trabalho de Pellegrini (1998) entre os Yanomami (Roraima) não coletou dados quantitativos sobre o consumo de medicamentos, mas descreveu os contextos de interação entre o sistema médico tradicional Yanomami e a biomedicina, utilizando uma abordagem da antropologia da fala. O autor observou a dependência dos índios pelo setor biomédico, em especial pelos medicamentos, sendo que desde os primeiros contatos com os missionários até a entrada permanente da Fundação Nacional do Índio (Funai), as “palavras de dar remédios” (Pellegrini, 1998: 118) mostraram-se com poder de troca, beneficiando os índios que vivem mais próximos dos brancos. Diehl (2001) demonstrou que a

pluralidade de opções terapêuticas disponíveis aos Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina) permite a busca de diferentes recursos de cuidado e que a construção cultural da prática clínica inclui as relações sociais de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e indígenas, bem como os conflitos entre eles, as políticas de saúde no Brasil, a própria história da atenção à saúde indígena no país e os saberes, experiências, valores e práticas específicos ao grupo indígena.

Frente a essa discussão, é fundamental que a hipermedicalização entre indígenas (e não indígenas), senso comum a todos nós, seja compreendida não como um ato isolado de busca de cuidado, mas sim como parte de um processo que inclui atos dos sujeitos e grupos, além dos diferentes curadores que intervêm no processo (MENÉNDEZ, 2003). No percurso do doente, são articuladas diferentes formas e sistemas de atenção com o objetivo de encontrar uma solução para o problema e o conjunto das ações supõe a existência de um saber sobre o processo saúde-doença-atenção (MENÉNDEZ, 2003).

A elaboração de uma proposta de assistência farmacêutica aos povos indígenas brasileiros que contemple as especificidades regionais/locais, ao mesmo tempo mantendo algumas premissas que são independentes das diferentes realidades, é desafiante. Em que pese tal desafio, entende-se que qualquer proposta deve seguir as diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica/PNAF (BRASIL, 2004) e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/PNASPI (BRASIL, 2002).

Assim, propõe-se pensar a organização da assistência farmacêutica utilizando como padrão-ouro o “ciclo da assistência farmacêutica” na atenção básica, proposto pelo Ministério da Saúde, através da Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Departamento de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2006). As etapas do ciclo são: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação (que inclui a prescrição e o uso de medicamentos). Ainda fundamental são o monitoramento e a avaliação.

Como condições preliminares e contemplando uma das diretrizes da PNAF e da PNASPI, é fundamental que o pessoal envolvido na organização e na condução das ações de AF seja qualificado. Em curto prazo, todos os DSEIs devem possuir pelo menos um farmacêutico e recomenda-se que tenham um perfil para o trabalho em saúde pública. Considera-se fundamental que para esses profissionais seja propiciada a

capacitação para a gestão da AF e o uso racional de medicamentos¹⁹, através de parcerias com o Ministério da Saúde e/ou instituições de ensino. Entende-se essa capacitação como permanente de acordo com as necessidades pessoais e do serviço. Os farmacêuticos capacitados devem assumir o papel de formadores dos outros profissionais para o uso racional de medicamentos, incluindo especialmente os Agentes Indígenas de Saúde, na perspectiva do trabalho em equipe. Outro aspecto prévio essencial para a condução das ações em AF é a organização dos seus serviços, considerando estruturas organizacional, física/instalações, administrativa; pessoal; recursos de informação e financeiros; e apoio político do gestor e da equipe (BRASIL, 2006, p. 24-27).

Para cada uma das etapas do ciclo da AF, fazemos alguns destaques:

A **seleção** de medicamentos é fundamental, pois da sua definição dependem todas as outras etapas do ciclo. A escolha dos medicamentos precisa estar baseada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos (BRASIL, 2006). A seleção é feita por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), tendo como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Sugere-se que sejam criadas CFTs de acordo com as condições técnico-operacionais dos DSEIs. As CFTs Distritais são permanentes e têm poder deliberativo sobre a definição das listas dos medicamentos. Cada CFT deverá definir as Relações Distritais de Medicamentos Essenciais (REDIMEs) e elaborar o formulário e os protocolos terapêuticos.

A **programação** é a estimativa das “quantidades a serem adquiridas para atendimento de determinada demanda dos serviços, por determinado período de tempo” (BRASIL, 2006, p. 39) . Visto as diversas realidades indígenas, sugere-se que a programação seja feita em cada DSEI, de modo a obter quantitativos mais próximos da necessidade, evitando erros que podem comprometer as etapas seguintes do ciclo.

Para a **aquisição**, deve-se definir o que precisa ser comprado da lista de medicamentos selecionados, ou seja, devem existir diretrizes que estabeleçam as prioridades, normas e procedimentos para o processo de aquisição. Considerando as dificuldades de se ter fornecedores qualificados em algumas regiões do país, sugere-se que cada DSEI analise a possibilidade de fazer compras conjuntas, à semelhança dos agrupamentos propostos para as CFTs.

¹⁹ Segundo definição da OMS, uso racional de medicamentos é a situação na qual os pacientes recebem os medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas, na dose correta por um período de tempo adequado e a um custo acessível.

O correto **armazenamento** tem por objetivo manter as condições adequadas de conservação dos medicamentos. Em cada DSEI deve existir o responsável pelo armazenamento e os outros membros da equipe necessitam ser treinados permanentemente para exercerem a função. O planejamento e a organização da etapa de armazenagem devem incluir as estruturas física (de acordo com as Boas Práticas de Armazenagem de Medicamentos, tanto nos DSEI, Pólo-Base, quanto nas Unidades de Saúde nas aldeias ou em locais definidos por cada comunidade), organizacional e funcional, bem como pessoal qualificado (BRASIL, 2006).

A **distribuição** refere-se ao transporte dos medicamentos até os locais onde serão dispensados. No caso indígena, visto as grandes diferenças de acesso às Terras Indígenas/aldeias, devem existir normas e procedimentos em cada DSEI, definindo o processo, cronograma, responsáveis, tipos de veículos utilizados e formulários para acompanhamento e controle. Na medida do possível, os motoristas/condutores dos veículos devem ser treinados e informados sobre o tipo de material que transportam, o manuseio correto, as condições e os fatores externos que podem alterar a qualidade da carga e os custos (BRASIL, 2006, p. 73).

A **dispensação** é definida como ato do farmacêutico de entrega de um ou mais medicamentos de acordo com uma receita elaborada por profissional autorizado (BRASIL, 2006). Considerando a heterogeneidade das realidades em cada Terra Indígena/aldeia e a provável dificuldade em garantir número de farmacêuticos suficientes em cada DSEI para prestar a atenção farmacêutica no nível local, sugere-se que outros profissionais, como enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde sejam capacitados permanentemente para o uso racional de medicamentos, utilizando os formulários e protocolos terapêuticos definidos pela CFT. Nos locais de difícil acesso, os Agentes Indígenas de Saúde devem contar com um eficiente sistema de comunicação, visando receber instruções técnicas da equipe de saúde sobre indicação e uso de medicamentos em situações emergenciais. Os médicos e dentistas devem receber capacitação permanente para a prescrição racional, tendo como base as REDIMES e os formulários e protocolos terapêuticos.

Para o **monitoramento**, é fundamental que os registros e armazenamento das informações sejam sistemáticos, pois deles depende o acompanhamento da evolução técnico-financeira (BRASIL, 2006) das ações planejadas. Na avaliação, as ações planejadas são analisadas com base em critérios previamente definidos. No caso do ciclo logístico da assistência farmacêutica, os indicadores são propostos de acordo com cada uma das etapas (para detalhes, ver BRASIL, 2006, p. 81-86).

A partir do que foi apresentado acima, é necessário estabelecer uma política de sensibilização dos gestores, dos prestadores e dos profissionais de saúde, abordando a importância de definir listas de medicamentos essenciais, visando o acesso e o uso racional de medicamentos. Com os usuários indígenas, os gestores, prestadores e profissionais devem permanentemente negociar, construindo coletivamente ações educativas para a saúde.

Para os componentes “estratégicos” e “excepcionais”, os gestores da saúde indígena deverão buscar as parcerias com o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, visto que tais componentes têm protocolos e normas estabelecidos, bem como recursos financeiros federais específicos.

7 Serviços de saúde prestados pela rede regional

Os serviços de saúde a serem prestados pela rede regional devem considerar as necessidades das comunidades indígenas e a capacidade instalada na região e dizem respeito tanto ao fornecimento de suporte necessário para o desenvolvimento dos programas estratégicos nas Terras Indígenas quanto à articulação com os serviços de maior complexidade.

7.1 Suporte a implantação dos programas estratégicos nas Terras Indígenas

Organizar a atenção básica em Terras Indígenas requer suporte diagnóstico, acesso a especialidades médicas, internações e tratamentos. No quadro identificamos algumas necessidades a serem supridas.

Quadro 7 - Necessidades de suporte dos serviços municipais e/ou estaduais segundo as áreas estratégicas do Pacto pela Saúde.

Ações programáticas	Locais (suporte para atenção primária)	Regionais (referências secundárias e terciárias)
Saúde da mulher		
Pré-natal	Exames de rotina (HIV, VDRL, glicemia, hemograma, tipagem sanguínea, qualitativo de urina/urucultura, parasitológico de fezes), teste de gravidez,	Ecografia, consulta obstétrica especializada, HBsAg, Toxoplasmose, pré-natal de alto risco, assistência hospitalar, cirurgias
Planejamento familiar	preservativo	DIU, Diafragma
Câncer de colo uterino	Exames citopatológicos, colposcopia, avaliação ginecológica por especialista,	Ecografia, avaliação por especialista, hospitalização, serviço de oncologia
Saúde da criança		
Crescimento e desenvolvimento	Atendimento pediátrico	Internação, consultas e exames especializados

Ações programáticas	Locais (suporte para atenção primária)	Regionais (referências secundárias e terciárias)
Doenças preveníveis	Exames complementares (parasitológico de fezes, hemograma, urina)	Exames diagnósticos, tratamento, internação
Afecções respiratórias	Exames complementares (hemograma, RX,)	Exames diagnósticos, consultas especializadas, internação
Diarréias	Exames complementares (parasitológico de fezes, hemograma,)	Exames diagnósticos (coprocultura, Elisa, RX, etc.), consultas especializadas, internação.
Saúde do adulto	Exames complementares (glicemia, colesterol, triglicerídeos, hemograma, urina, função renal).	Consultas especializadas (endócrino, cardio, urologia, neurologia, oftalmo, traumatologia), exames complementares (RX, eletrocardio), internação, fisioterapia.
Saúde do idoso	Exames complementares (glicemia, colesterol, triglicerídeos, hemograma, urina, função renal).	Consultas especializadas (endócrino, cardio, urologia, neurologia, oftalmo, traumatologia), exames complementares (RX, eletrocardio), internação, fisioterapia.
Saúde bucal	Atendimento clínico para reabilitação das morbidades bucais e referências secundárias atreladas aos CEOS (Centros de Especialidades Odontológicas do SUS), integrados ao sub sistema de saúde indígena local. Fornecimento regular de insumos específicos para a prevenção, promoção e assistência e reabilitação do dano dos agravos em saúde bucal.	Referência para intervenções do nível terciário de complexidade como cirurgias oncológicas, buco- maxilo-facial por traumas ou outras causas, próteses faciais entre outros.
Saúde nutricional	Exames complementares	Articulações intersetoriais para abordagem das causas
Saúde do trabalhador	Exames complementares	Acesso aos CERESTs, Consultas especializadas, exames (HIV/HtB e C, fator reumatóide, ASLo, Proteína C, ácido úrico, dosagem de chumbo, hemossedimentação, acetilcolinesterase, etc.), RX, ultrassom, eletromiografia, tomografia, espirometria, audiometria, fisioterapia,
Saúde mental	Acesso aos CAPS	Acesso aos CAPs, Consultas especializadas, internação diferenciada
Hepatites virais	Exames laboratoriais.	Exames diagnósticos, consultas especializadas, internação.
DST/AIDS	Exames laboratoriais	Exames diagnósticos, consultas especializadas, internação.
Hanseníase	Testes diagnósticos.	Exames diagnósticos, consultas especializadas, internação, fisioterapia.

Ações programáticas	Locais (suporte para atenção primária)	Regionais (referências secundárias e terciárias)
Tuberculose	RX, exame de escarro, PPD	Consulta especializada, exames diagnósticos (RX, Elisa, PPD), internação.
Meningite	Exames laboratoriais.	Consulta especializada, exames diagnósticos, internação, UTI pediátrica
Malária	Exames laboratoriais. Controle de vetores.	Internação, UTI adulto e pediátrica
Zoonoses	Exames laboratoriais. Controle de vetores.	Exames qualitativos de água, serviço de entomologia, equipamentos e insumos para controle de vetores, EPI

Nota-se, pelo quadro acima, a grande demanda por serviços laboratoriais. A definição de fluxos para encaminhamento de materiais para exames deverá ser considerada prioridade nos processos de pactuação que visem atender estas necessidades.

7.2 Articulação com a rede de média e alta complexidade

Ainda que este também seja um aspecto relacionado principalmente à regulação e gestão do SUS, que deve estar inserido na pauta do processo de regionalização e pactuação intergestores, do ponto de vista do modelo de atenção à saúde é importante considerar a integração do cuidado.

É preciso lembrar que as pessoas indígenas normalmente não têm acesso por si só aos serviços de saúde disponíveis na região, tanto por não dispor, na maioria das vezes, de meios de transporte quanto por questões ligadas à comunicação, cultura e relações com a sociedade regional onde a população indígena é geralmente segregada.

Nesse contexto se insere a atuação das Casas de Saúde do Índio que devem fornecer o apoio necessário aos pacientes que devem permanecer nas referências regionais aguardando exames, consultas especializadas ou por períodos críticos após internações ou aguardando transporte para retorno às comunidades. Entretanto, a permanência nas Casas de Saúde do Índio é prolongada e provoca a superlotação do estabelecimento e os pacientes ficam alojados em condições inadequadas e expostos à

aquisição de novas doenças. Investimento na melhoria da estrutura física das Casas de Saúde do Índio são urgentes em algumas situações.

Nas regiões onde a distância das comunidades aos serviços de média e alta complexidade não é significativa, as equipes lotadas nos pólos-base se responsabilizam pelo agendamento de consultas, exames e outros procedimentos e se encarregam do transporte e acompanhamento dos pacientes.

As Casas de Saúde do Índio não são responsáveis pela articulação com os serviços de referência que já está definida pelo gestor do Distrito, sendo que estes serviços recebem um incentivo especial (Incentivo de Atenção Especializada para os Povos Indígenas – IAE-PI) que, teoricamente, estaria ligado à prestação de um acolhimento diferenciado a população indígena. Ainda que o Ministério da Saúde tenha estabelecido critérios para concessão do *Certificado Hospital Amigo do Índio* (Portaria GM 645/2006, destaque no quadro abaixo), esta certificação não condiciona o repasse do incentivo. A Portaria GM 2656/2007 que o regulamenta apenas recomenda a priorização dos estabelecimentos certificados.

A certificação dos hospitais como critério para recebimento dos incentivos poderia contribuir para a melhoria do acolhimento dos pacientes indígenas nestes estabelecimentos.

Portaria nº 645/GM de 27 de março de 2006. Institui o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Estabelecer que para concessão do Certificado Hospital Amigo do Índio, devem ser observados os seguintes critérios:

- I - garantia do Direito ao Acompanhante, Dieta Especial e Informação aos Usuários, respeitando as especificidades culturais dos povos indígenas;
- II - garantia do respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde nos projetos terapêuticos singulares e na ambiência física;
- III - participação nas instâncias de Controle Social (Conselhos Distritais de Saúde Indígena, Municipais e Estaduais de Saúde) e de pactuação intergestores do SUS, no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena;
- IV - garantia de informação em saúde à rede integrada do SUS, compreendendo as unidades de saúde indígena no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena;
- V - garantia de critérios especiais de acesso e acolhimento a partir da avaliação de risco clínico e vulnerabilidade sócio-cultural;
- VI - garantia de instâncias próprias de avaliação com participação de usuários e gestores no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena;
- VII - garantia de Ouvidoria adaptada às especificidades étnico-culturais dos povos indígenas; e
- VIII - garantia de processo de Educação Permanente aos profissionais com respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde.

7.3 Possíveis alternativas para extensão de atendimento especializado para as áreas indígenas

Considerando que a demanda por atenção especializada (já reprimida) deve aumentar conforme se organizam a atenção básica e a carência de especialistas, especialmente no interior das regiões Amazônicas onde os estes geralmente estão concentrados nas capitais e algumas cidades de médio porte, é necessário o estudo de alternativas que possam supri-la.

Há relatos de iniciativas bem sucedidas na Austrália (ver Anexo I), e mesmo no Brasil. Na Oficina Regional de Manaus, realizada durante o processo dessa consultoria,

foi relatada uma ação desenvolvida por uma equipe de cirurgiões voluntários em parceria com o DSEI Alto Solimões quando foram realizadas dezenas de cirurgias eletivas, evitando o deslocamento dos pacientes e sua permanência prolongada fora de seu domicílio à espera do procedimento como normalmente ocorre.

Iniciativa que também tem favorecido o atendimento em áreas distantes dos centros urbanos é a abordagem da telemedicina registrada no Canadá (Anexo I).

Estas experiências merecem ser consideradas para orientação de programas pilotos.

8 Relação do Subsistema de Saúde Indígena, em todos os níveis, com o SUS

Os serviços de atenção básica à saúde indígena são parte do Sistema Único de Saúde e devem estar articulados organicamente à rede de serviços. Na seção anterior notamos que estas relações se dão tanto no sentido de fornecimento de suporte técnico e material que possibilite a implantação dos programas estratégicos como na organização serviços de referência para os atendimentos de maior complexidade ou para os procedimentos de alto custo.

O desafio para estabelecimento da rede ideal de cuidados continuados à saúde passa por uma questão de articulação dos territórios indígenas com os recortes e arranjos regionais orientados pelas diretrizes dos Pactos pela Saúde (Brasil, 2006).

As três dimensões do *Pacto pela Saúde* (pela vida, em defesa do SUS e de gestão), estabelecem um conjunto de compromissos prioritários, com metas pactuadas para o controle de várias doenças e agravos, incluindo ações para todas as etapas da vida, além de consolidar a Atenção Básica à Saúde tendo como prioridade o Estratégia de Saúde da Família (PSF).

A questão da atenção à saúde indígena deve ser incluída na implementação das diretrizes do Pacto e ter espaço no Plano Diretor de Regionalização e na agenda das Comissões Intergestores e da Programação Pactuada e Integrada. Este tema deve ser objeto dos próximos relatórios da Consultoria, especialmente dos modelos de gestão e organização.

9 Papel das organizações públicas e das organizações não governamentais na prestação de cuidados à saúde indígena

Ainda que este tema também deva ser abordado com profundidade nos modelos de organização e gestão, cabe neste relatório identificar alguns espaços de atuação de outras instituições públicas ou organizações não governamentais, além das interfaces com os serviços de saúde apontadas nas seções anteriores.

Ações:	Instituições	Papel
Formação de agentes indígenas de saúde e outros profissionais indígenas.	Escolas Técnicas do SUS.	Acompanhamento do processo de formação e certificação dos agentes.
	Ministério da Educação/Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.	Escolarização, educação de jovens e adultos.
	Instituições de ensino e pesquisa	Formação de profissionais indígenas.
Educação Permanente em Saúde	Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde	Capacitação básica nos protocolos dos programas estratégicos
	Instituições de ensino e pesquisa	Participação na formação da rede de apoiadores. Criação de cursos à distância.
	Organizações indígenas e não-governamentais	Desenvolvimento de projetos de capacitação de conselheiros de saúde. Participação na formação da rede de apoiadores.
Abastecimento de água e saneamento ambiental	Departamento de Engenharia e Saúde Pública/Funasa	Orientação para elaboração de projetos adequados à realidade das comunidades indígenas.
Educação em saúde	Organizações indígenas	Projetos de educação entre pares

Ações:	Instituições	Papel
Promoção da saúde	Funai	Integridade e gestão do território.
	Ministério do Meio Ambiente	Integridade e gestão do território.
	Ministério do Desenvolvimento Social	Geração de renda
	Ministério do Desenvolvimento Agrário	Programas de segurança alimentar
	Organizações não governamentais	Apoio na elaboração execução de projetos de sustentabilidade econômica
Adequação de infraestrutura e meios de comunicação.	Departamento de Engenharia e Saúde Pública/Funasa	Estudos, projetos e construção de estabelecimentos de saúde.
	Ministério das Comunicações	Instalação de telefones públicos em comunidades e estabelecimentos de saúde. Instalação de equipamentos para conexão à internet em regiões remotas.
	Ministério das Minas e Energia.	Instalação de sistemas de geração de energia elétrica para estabelecimentos de saúde e sistemas de abastecimento de água.

I0 Metas de atenção à saúde indígena

As metas a serem alcançadas na saúde indígena devem contemplar as propostas no Pacto e, além disso, adequar e inserir indicadores para áreas específicas visando superar a desigualdade de saúde entre a população indígena e a população regional.

O elenco aqui proposto considera as metas nacionais propostas para as áreas prioritárias dos *Pactos pela Saúde* e as ações estratégicas propostas para orientação do modelo de atenção. Trata-se de uma proposta preliminar que deverá ser revista a partir da finalização dos demais produtos da consultoria, especialmente do modelo de monitoramento e avaliação.

Metas do Subsistema de Saúde Indígena – Modelo de Atenção

Ação	Metas de curto prazo (até o final de 2009)	Metas de médio prazo (até o final de 2013)	Metas de longo prazo (até o final de 2019)
Adequação de infra-estrutura	30% dos Distritos com pelo menos 80% de unidades de saúde adequadas e equipadas 30% dos Distritos com pelo menos 80% dos meios de transporte necessários 70% dos Distritos com 100% dos meios de comunicação necessários	100% dos Distritos com pelo menos 80% de unidades de saúde adequadas e equipadas 100% dos Distritos com pelo menos 80% dos meios de transporte necessários 100% dos Distritos com 100% dos meios de comunicação necessários	
Formação e capacitação de recursos humanos dos DSEIs	30% de profissionais de saúde de nível superior com dois ou mais anos de trabalho em área por DSEI 100% dos Distritos com AIS tendo pelo menos 2 “módulos realizados 50% dos Distritos com AIS tendo completado pelo menos 4 módulos 20% dos Distritos com 90 % de AIS tendo completado os seis módulos da formação.	90% de profissionais de saúde de nível superior com dois ou mais anos de trabalho em área por DSEI 100% dos Distritos com AIS tendo completado pelo menos 4 módulos 60% dos Distritos com 90 % de AIS tendo completado os seis módulos da formação.	100% dos Distritos com 90 % de AIS tendo completado os seis módulos da formação.

Ação	Metas de curto prazo (até o final de 2009)	Metas de médio prazo (até o final de 2013)	Metas de longo prazo (até o final de 2019)
Implantação dos programas estratégicos	<p>50% dos Distritos e pólos com fluxos de PCCU definidos e pactuados (referências para exames citopatológicos, tratamento, cirurgia, acompanhamento)</p> <p>30% dos Distritos com 90 % das gestantes com 4 consultas de acompanhamento pré-natal</p> <p>50% dos Distritos e pólos com abordagem sindrômica das DST implantada</p> <p>50% dos Distritos e pólos com cobertura do SISVAN acima de 90%</p> <p>50% dos Distritos e pólos com equipes capacitadas em AIDPI</p> <p>30% dos Distritos e pólos com médicos capacitados para diagnóstico e controle da tuberculose</p> <p>80% dos Distritos e pólos com equipes capacitadas em vigilância em saúde</p> <p>80% dos Distritos com equipes capacitadas e fluxo de doenças de notificação compulsória implantados</p> <p>20% dos DSEIS realizando diagnóstico de risco de cárie e coletando dados dos principais indicadores de saúde bucal</p> <p>20% dos DSEIs realizando ATF(aplic.Tópica flúor)= IATF/pessoa/ano 1 vez ao ano</p> <p>30% dos DSEIs realizando distrib. I escova + creme dental/pessoa/ano</p> <p>50% dos DSEIS realizando 4 Higiens Dental Supervisionada/pessoa/ano</p> <p>100% dos DSEIs completando a fase I de 20% dos tratamentos dentais reabilitadores iniciados</p>	<p>100% Distritos e pólos com fluxos de PCCU definidos e pactuados (referências para exames citopatológicos, tratamento, cirurgia, acompanhamento)</p> <p>70% dos Distritos com 90 % das gestantes com 4 consultas de acompanhamento pré-natal</p> <p>100% dos Distritos e pólos com abordagem sindrômica das DST implantada</p> <p>50% dos Distritos e pólos com cobertura do SISVAN acima de 90%</p> <p>50% dos Distritos e pólos com equipes capacitadas em AIDPI</p> <p>60% dos Distritos e pólos com médicos capacitados para diagnóstico e controle da tuberculose</p> <p>100% dos Distritos e pólos com equipes capacitadas em vigilância em saúde</p> <p>100% dos Distritos com equipes capacitadas e fluxo de doenças de notificação compulsória implantados</p> <p>50% dos DSEIS realizando diagnóstico de risco de cárie e coletando dados dos principais indicadores de saúde bucal</p> <p>50% dos DSEIs realizando ATF(aplic.Tópica flúor)= IATF/pessoa/ano 1 vez ao ano</p> <p>50% dos DSEIs realizando distrib. I escova + creme dental/pessoa/ano</p> <p>100% dos DSEIS realizando 4Higiene Dental Supervisionada/pessoa/ano</p> <p>100% dos DSEIs completando a fase I de 50% dos tratamentos dentais reabilitadores iniciados</p>	<p>100% dos Distritos com 90 % das gestantes com 4 consultas de acompanhamento pré-natal</p> <p>100% dos Distritos e pólos com médicos capacitados para diagnóstico e controle da tuberculose</p>

Ação	Metas de curto prazo (até o final de 2009)	Metas de médio prazo (até o final de 2013)	Metas de longo prazo (até o final de 2019)
Fortalecimento da Vigilância em Saúde	<p>20% dos Distritos e pólos com equipes capacitadas em análise de saúde</p> <p>80% dos Distritos com capacitação em codificação de mortalidade</p> <p>80% dos Distritos e pólos com investigação de óbitos infantis implantada</p> <p>20% dos Distritos e pólos com 100% dos óbitos infantis investigados</p> <p>100% dos Distritos que receberam supervisão/avaliação de metas</p> <p>100% dos Distritos/pólos com SIASI Implantado</p> <p>80% dos Distritos com módulo centralizador do SIASI e interface TabWin operando</p>	<p>100% dos Distritos e pólos com equipes capacitadas em análise de saúde</p> <p>100% dos Distritos com capacitação em codificação de mortalidade</p> <p>100% dos Distritos e pólos com investigação de óbitos infantis implantada</p> <p>100% dos Distritos e pólos com 100% dos óbitos infantis investigados</p> <p>100% dos Distritos que receberam supervisão/avaliação de metas</p> <p>100% dos Distritos/pólos com SIASI Implantado</p> <p>100% dos Distritos com módulo centralizador do SIASI e interface TabWin operando</p>	
Ampliação da Imunização	<p>50% dos Distritos com cobertura vacina tetravalente em crianças < 1 ano =>95%</p> <p>30% dos Pólos com cobertura vacina tetravalente em crianças < 1 ano =>95%</p> <p>50% dos Distritos com cobertura vacina triviral em crianças de 1 ano =>95%</p> <p>30% dos Pólos com cobertura vacina triviral em crianças de 1 ano =>95%</p> <p>30% dos Distritos e pólos com 100% de crianças < 5 anos com vacinação completa</p> <p>50% dos Distritos com 80% de pessoas com esquema vacinal completo</p> <p>30% dos Pólos com 80% de pessoas com esquema vacinal completo</p>	<p>100% dos Distritos com cobertura vacina tetravalente em crianças < 1 ano =>95%</p> <p>100% dos Pólos com cobertura vacina tetravalente em crianças < 1 ano =>95%</p> <p>100% dos Distritos com cobertura vacina triviral em crianças de 1 ano =>95%</p> <p>100% dos Pólos com cobertura vacina triviral em crianças de 1 ano =>95%</p> <p>100% dos Distritos e pólos com 100% de crianças < 5 anos com vacinação completa</p> <p>100% dos Distritos com 80% de pessoas com esquema vacinal completo</p> <p>100% dos Pólos com 80% de pessoas com esquema vacinal completo</p>	

Ação	Metas de curto prazo (até o final de 2009)	Metas de médio prazo (até o final de 2013)	Metas de longo prazo (até o final de 2019)
Aperfeiçoamento da assistência farmacêutica	<p>50% dos Distritos com relação de medicamentos essenciais padronizados de acordo com perfil epidemiológico, com protocolos e formulários terapêuticos.</p> <p>100% dos Distritos com farmacêutico com perfil para o trabalho em saúde pública.</p> <p>40% dos Distritos implantando capacitação dos profissionais de saúde para o uso racional de medicamentos.</p> <p>40% dos Adequação das COREs e dos DSEIs para a descentralização das etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos.</p> <p>40% dos Distritos e COREs implantando capacitação para a gestão e planejamento em assistência farmacêutica.</p>	<p>100% dos Distritos com relação de medicamentos essenciais padronizados de acordo com perfil epidemiológico, com protocolos e formulários terapêuticos.</p> <p>100% dos Distritos implantando capacitação dos profissionais de saúde para o uso racional de medicamentos.</p> <p>100% dos Adequação das COREs e dos DSEIs para a descentralização das etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos.</p> <p>100% dos Distritos e COREs implantando capacitação para a gestão e planejamento em assistência farmacêutica.</p>	

Ação	Metas de curto prazo (até o final de 2009)	Metas de médio prazo (até o final de 2013)	Metas de longo prazo (até o final de 2019)
Aprimoramento da resolutividade	<p>30% dos Distritos e pólos com 85% de índice de cura dos casos novos de tuberculose</p> <p>80% dos Distritos e pólos com 100% de tratamento supervisionado para tuberculose</p> <p>50% dos Distritos com 80% de detecção de casos esperados de tuberculose</p> <p>Diminuir no mínimo 15% do IPA de malária em Distritos da Amazônia legal</p> <p>20% dos Distritos e pólos com 50% de diminuição na taxa de mortalidade infantil</p> <p>20% dos Distritos e pólos com 80% de diminuição na mortalidade de crianças < 5 anos por diarreia</p> <p>20% dos Distritos e pólos com 80% de diminuição de mortalidade por causa mal definida</p> <p>30% dos Distritos com 50% de diminuição da prevalência de desnutrição (peso/idade) de crianças < 5 anos</p> <p>30% dos Distritos com 80% de doenças de notificação compulsória investigadas e encerradas oportunamente</p> <p>30% dos Distritos com 20% da mulheres com exame preventivo de câncer realizado</p> <p>30% das CASAI incluídas como unidades sentinela da Influenza</p>	<p>100% dos Distritos e pólos com 85% de índice de cura dos casos novos de tuberculose</p> <p>100% dos Distritos e pólos com 100% de tratamento supervisionado para tuberculose</p> <p>100% dos Distritos com 80% de detecção de casos esperados de tuberculose</p> <p>Diminuir no mínimo 15% do IPA de malária em Distritos da Amazônia legal</p> <p>50% dos Distritos e pólos com 50% de diminuição na taxa de mortalidade infantil</p> <p>50% dos Distritos e pólos com 80% de diminuição na mortalidade de crianças < 5 anos por diarreia</p> <p>50% dos Distritos e pólos com 80% de diminuição de mortalidade por causa mal definida</p> <p>80% dos Distritos com 50% de diminuição da prevalência de desnutrição (peso/idade) de crianças < 5 anos</p> <p>50% dos Distritos com 80% de doenças de notificação compulsória investigadas e encerradas oportunamente</p> <p>50% dos Distritos com 40% da mulheres com exame preventivo de câncer realizado</p> <p>50% das CASAI incluídas como unidades sentinela da Influenza</p>	<p>100% dos Distritos e pólos com 50% de diminuição na taxa de mortalidade infantil</p> <p>Diminuir no mínimo 25% do IPA de malária em Distritos da Amazônia legal</p> <p>100% dos Distritos e pólos com 80% de diminuição na mortalidade de crianças < 5 anos por diarreia</p> <p>100% dos Distritos e pólos com 80% de diminuição de mortalidade por causa mal definida</p> <p>100% dos Distritos com 50% de diminuição da prevalência de desnutrição (peso/idade) de crianças < 5 anos</p> <p>100% dos Distritos com 80% de doenças de notificação compulsória investigadas e encerradas oportunamente</p> <p>80% dos Distritos com 80% da mulheres com exame preventivo de câncer realizado</p> <p>100% das CASAI incluídas como unidades sentinela da Influenza</p>

Ação	Metas de curto prazo (até o final de 2009)	Metas de médio prazo (até o final de 2013)	Metas de longo prazo (até o final de 2019)
Aprimoramento do sistema de referência e contra-referência	Preparar ferramentas que permitam agilizar os mecanismos de referência e contra-referência.		
Metas Processuais	Seminários de rediscussão com os vários atores sobre os territórios distritais.		

11 Referências bibliográficas

- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.
- BARBOSA DA SILVA JR, Jarbas. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. [Tese de Doutorado]. Universidade Estadual de Campinas/Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2004.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: MS, 2002. 40 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Humanização: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, 2004. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf> consultado em 10/11/2008. .
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria GM/MS n. 1996/2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n° 399/GM de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n° 645/GM de 27 de março de 2006*. Institui o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Plano diretor de vigilância sanitária*. 1.ed. Brasília : Anvisa, 2007.
- BRUNELLI, G. *De los Espiritus a los Microbios - Salud y cambio social entre los Zoró de la Amazonia brasileña*. Quito: Abya-Yala, Colección 500 años, n. 10, 1989.
- BUCHILLET, D. (org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991.
- BUSS, P. M; FERREIRA, J.R; e ZANCAN, L. *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos*. Rio de Janeiro:ABRASCO, 2002
- CAMARGO Jr, Kenneth Rochel et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 24, sup 1, p. S58-S68, 2008.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Sociedade e Cultura*, v. 3, n. 1 e 2, p. 51-74, 2000.
- CARVALHO, Sérgio Resende; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria*

Municipal de Saúde de Betim/Minas Gerais. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/cns.htm> Acesso em 30/07/2008.

- CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.161-77, 2005.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.13, n. 3, p. 469-478, 1997.
- CONKLIN, B. O sistema médico Wari' (Pakaanóva). In: *Saúde & Povos Indígenas* (R.V. Santos, C.E.A. COIMBRA Jr., orgs.), Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- DIBBITS, Ineke. *Implementación experiencia piloto para Salud Intercultural en la Red Azanake (informe de consultoria)*. La Paz: Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional/Proyecto de Apoyo Británico a la Reforma de Salud /ABRIR-SALUD, Diciembre de 2004.
- DIEHL, E.E. *Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil)*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Doutorado em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
- DIEHL, E.E.; RECH, N. Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia In: *Saúde dos Povos Indígenas - reflexões sobre a antropologia participativa* (E.J. Langdon, L. Garnelo, ed.). Rio de Janeiro : Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p. 149-169.
- ELISABETSKY, E.; POSEY, D.A. Pesquisa etnofarmacológica e recursos naturais no trópico úmido: o caso dos índios Kayapó do Brasil e suas implicações para a ciência médica. In: *Anais do I Simpósio Internacional do Trópico Úmido*, v. II, pp. 85-93, 1986.
- ELISABETSKY, E.; SETZER, R. Caboclo concepts of disease and therapy: implications for ethnopharmacology and health systems in Amazonia. In: *The Amazon Caboclo: Historical and Contemporary Perspectives. Studies in Third World Societies*. (E.P. Parker, ed.). Virginia: College of William and Mary, v. 32, p. 243-278, 1985.
- ETKIN, N.L.; ROSS, P.J.; MUAZZAMU, I. The indigenization of pharmaceuticals: therapeutic transitions in rural hausaland. *Social Science and Medicine*, v. 30, n. 8, p. 919-928, 1990.
- FRACOLLI, Lislaine A.; FARIA, Liliam S, PEREIRA Juliana Guisardi, MELCHIOR Rosemara, BERTOLOZZI Maria Rita. Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública? *Saúde & Sociedade*, vol. 17, n. 2, p.184-192, 2008.
- FUNASA. Textos de epidemiologia para vigilância ambiental em saúde. Brasília, julho de 2002.
- GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 2, p. 273-284, 2001.
- HAI – Health Action International. *Millennium Development Goal 8. Essential medicines: the high price of health*. Disponível em:

<http://www.haiweb.org/medicineprices/pressreleases/HAI%20Press%20release%20MDG%208%20Report%20ATM.pdf> . Acesso em: 02 dezembro 2008.

- HARZ, Zulmira M.; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20, Sup 2, p. S331-S336, 2004.
- HAVERROTH, M. *Kaingang: um Estudo Etnobotânico - O Uso e a Classificação das Plantas na Área Indígena Xaçecó (oeste de SC)*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- LANGDON, Esther Jean. Saúde e Povos Indígenas: os desafios na virada do milênio. Trabalho apresentado no V Congresso Latino Americano de Ciências Sociais y Medicina. Caracas, 1999. disponível em www.google/saúdeindígena , acessado 2/09/2005.
- LANGDON, Esther Jean. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: BARUZZI, Roberto G. e JUNQUEIRA, Carmen (orgs.). *Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História*. São Paulo: Terra Virgem, 2005.
- LANGDON, Esther Jean e GARNELO, Luíza (orgs.) *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: ABA/Contracapa, 2004.
- LEFEVRE, A.M.C. & CORNETA.V.C Recursos Humanos para a Promoção da Saúde In: LEFEVRE, F & LEFEVRE, A. M. C. *Promocão da saúde: a negação da negação*. Rio Janeiro, Vieira&Lent, 2004.
- MACHADO Maria de Fátima Antero Sousa et. al.. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.
- MALTA, Deborah Carvalho, SANTOS, Fausto Pereira dos. O Programa de Saúde da Família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. *Revista Médica de Minas Gerais*. vol. 13, n. 4, p. 251-259, 2003.
- MATOS, Rubem Araújo, A Integralidade na prática(ou sobre a prática da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20 n. 5, p. 1411 -1416, 2004
- MENDES, Eugênio V. Processo social de distritalização da Saúde: In MENDES, E. V.: *Distrito Sanitários: processo social de mudança das práticas sanitárias*. Rio de Janeiro: HUCITEC:ABRASCO, 1993. p 93-153.
- MENÉNDEZ, E.L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.
- MERHY, Emerson Elias. Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, 2000.
- MERHY, Emerson Elias; FRANCO, T.B. et al. *O Trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE /Funasa/ PROJETO VIGISUS II. *Medicina tradicional indígena em contextos: anais da I Reunião de Monitoramento*. Funasa: Brasília, 2007.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2.^a edição. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília/DF, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde*. Brasília, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Formulário Terapêutico Nacional 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 565 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Humaniza SUS. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf> consultado em 10/11/2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Medicamentos de Dispensação Excepcional*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_excepcionais.pdf>. Acesso em: 24 novembro 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS - NOAS-SUS 01/02*. Brasília, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão. Diretrizes operacionais*. Série Pactos pela saúde, vol. I. Brasília, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Resolução CNS n. 338, de 06 de maio de 2004*. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mai. 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para a sua organização*. Brasília:, 2006. 100 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Série A. Normas e Manuais Técnicos. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 21. Brasília, 2007. 199 p..
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SEGETS. *Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – praticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: MS/FIOCRUZ, 2005.
- MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira & CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.
- MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, vol 21, n. 3, p. 898-906, 2005
- MONTAGNER, D. Mani Pei Rao: remédios do mato dos marúbo. In: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. (D. Buchillet, org.), Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991.
- MORGADO, P. Pluralismo médico Wayana-Aparai: a intersecção entre a tradição local e a global. *Cadernos de Campo* (Revista dos Alunos de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade de São Paulo), n. 4, p. 41-69, 1994.

- MURLIK, Roselaine. A trajetória da equipe multidisciplinar de saúde indígena na construção de conhecimento e implementação da vigilância alimentar e nutricional na população Guarani do Rio Grande do Sul. [Projeto de Monografia para Especialização]. Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul/FIOCRUZ, 2007.
- NICHTER, M.; VUCKOVIC, N. Understanding medication in the context of social transformation. In: *Medicines: Meanings and Contexts* (N.L. Etkin, M.L. Tan, ed.). Philippines: Health Action Information Network/Medical Anthropology Unit University Of Amsterdam, 1994. p. 285-303.
- NOVAES, M.R. *A Caminho da Farmácia: Pluralismo Médico entre os Wari' de Rondônia*. Dissertação de Mestrado, Campinas: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UNICAMP, 1996.
- NOVAES, M.R. Interpretação da doença e simbolismo terapêutico entre os Wari' de Rondônia. *Revista de Divulgação Cultural*, n. 64, p. 69-76, 1998.
- OLIVEIRA, Dora Lúcia. A “nova saúde “pública e a promoção da saúde: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino americana de Enfermagem*. vol. 13, n. 3, p 423-431, 2005
- OLIVEIRA, Rosely Magalhães de. A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. *Perspect. ciênc. inf.*, número especial, p. 22-45, jul./dez. 2003. Disponível em <http://www.eci.ufmg.br/pcionline/index.php/pci/article/viewFile/649/436> Acesso em 20/11/2008.
- OPS/OMS. *Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos*. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud: Washington, 1998.
- OYARCE, A.; IBACACHE J. et al. Reflexiones para una política intercultural en salud. *Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas*. Puerto Saavedra, Chile, 1996.
- PAIM, J. S. Modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico SUS*, 1998.
- PAIM, J. S. Reorganização das Práticas de saúde em Distritos Sanitários. In MENDES, E. V.: *Distrito Sanitários: processo social de mudança das práticas sanitárias*. Rio de Janeiro: HUCITEC:ABRASCO, 4 edição 1999 [1993].
- PAIM, J.S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção à saúde. In PAIM, J.S. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: COOPTEC-ISC, 2002. p. 361-365.
- PELLEGRINI, M. *Falar e Comer: Um Estudo sobre os Novos Contextos de Adoecer e Buscar Tratamento entre os Yanomamè do Alto Parima*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.
- POLLOCK, D. Etnomedicina Kulína. In: *Saúde & Povos Indígenas* (R.V. Santos, C.E.A. COIMBRA Jr., orgs.), Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- PRANCE, G.T. Etnobotânica de algumas tribos amazônicas. In: *Etnobiologia I (Suma Etnológica Brasileira)* (B.G. Ribeiro, coord.). 2. ed. Petrópolis: Vozes/FINEP, 1987.

- SANTOS, R.V.; COIMBRA JR., C.E.A (orgs.). *Saúde & Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- SAÚDE SEM LIMITES. Referencial para formação de agentes comunitários de saúde. São Paulo, 2005.
- SOUZA, Luiz Eugênio de. A utilização da microlocalização de problemas na Vigilância à Saúde em Distritos Sanitários, Distrito de Pau de Lima. *Oficina de Trabalho da Organização Pan-Americana de Saúde*. Salvador, 03 e 04 de dezembro de 1992.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.18, suplemento, p. 153-162, 2002.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.18, suplemento, p. 153-162, 2002.
- TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 10, n. 3, p. 583-597, 2005.
- TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 13, n. 1, p.195-206, 2008
- VAN DER GEEST, S., 1987. Pharmaceutical in the Third World: the local perspective. *Social Science and Medicine*, v. 25, n. 3, p. 273-76.
- VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S.R. (ed.). *The Context of Medicines in Developing Countries - Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ, 1988.
- VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S.R.; HARDON, A., 1996. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual Review of Anthropology*, v. 25, p. 153-78.
- VERDI, Marta; CAPONI, Sandra. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. vol. 14, n. 1, p. 82-88, 2005.
- WHO – World Health Organization. *The World Medicines Situation*. Geneve: WHO/EDM/PAR, 2004. 151 p.

Anexos

Anexo I Contribuição Internacional para a Elaboração de Serviços de Assistência à Saúde (Produto 4)

Oficina brasileira e notas sobre lições extraídas de experiências internacionais relevantes ao Produto 4

Dra. Carolyn Stephens,

Professora Adjunta em Saúde Internacional, Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, outubro de 2008

I Viagem ao Brasil e Processo Acordado

I.1 Entre 28 de setembro e 6 de outubro, viajei a Belém para trabalhar com a equipe de consultores que trabalham no Produto 4 (liderado pelo Dr. Marcos Pellegrini).

A viagem envolveu as seguintes etapas:

- Discussão da versão preliminar da análise de situação com a equipe (coordenada pelo Dr. Marcos Pellegrini), incluindo seções sobre os dados epidemiológicos e a situação de assistência à saúde
- Participação e contribuição à oficina de Belém, inclusive uma apresentação e contribuição ao conteúdo geral da oficina
- Contribuições à análise do estudo de caso “Casa dos Índios” e discussões com a FUNASA
- Contribuições à minuta do Produto 4, inclusive discussões sobre estrutura e conteúdo e inclusão dos resultados da oficina

- Discussão e acordo sobre experiências internacionais relevantes e úteis para a elaboração do modelo de assistência à saúde no Brasil.

Ao término da viagem, acordamos uma estrutura do documento modelo de assistência à saúde e obtivemos uma versão preliminar da descrição de conteúdos. Discutimos a lista dos conteúdos e concordamos sobre determinadas lacunas, identificando onde era mais importante ter algum entendimento das experiências internacionais.

Acordamos que eu redigiria uma nota apresentando experiências internacionais e enfocando os temas mais críticos em termos da necessidade e relevância de experiências internacionais no desenvolvimento do modelo.

As seções seguintes do relatório apresentam aspectos relevantes de experiências internacionais em apoio ao modelo de assistência à saúde indígena no Brasil.

2 Experiências internacionais

O Anexo I mostra a seção dos Termos de Referência para o Produto 4.

Experiências internacionais são organizadas de acordo com os aspectos específicos do modelo exigido. O foco está em modelos internacionais de assistência à saúde primária e em exemplos úteis relacionados ao modelo do Brasil e seu desenvolvimento futuro.

2.1 Marco conceitual adotado no Modelo de Assistência à Saúde Indígena, composto de diretrizes, regulamentos e normas

Há muitos modelos distintos de assistência à saúde primária (PHC) indígena adotados internacionalmente, envolvendo desde um subsistema especial (semelhante ao do Brasil em 2008) a sistemas nacionais com elementos de assistência diferenciada à saúde (inclusive uma combinação de profissionais indígenas e não indígenas; adaptação da prestação de serviços e integração com a comunidade).

O marco conceitual de qualquer modelo de assistência à saúde indígena talvez seja o aspecto mais importante para o seu desenvolvimento. Ele orienta a aplicação de qualquer princípio do sistema. O subsistema brasileiro conta com um conjunto de princípios e diretrizes que têm como foco a descentralização, a universalidade, a

equidade, a participação comunitária e o controle social. Esses princípios são exemplares e se refletem em outros sistemas, não só em termos de políticas de saúde indígena, mas também de sistemas como os serviços nacionais de saúde do Reino Unido. Na Austrália, há outro princípio incluído que procura abranger conceitos de saúde “holísticos” aborígenes. Talvez a tarefa mais árdua seja operacionalizar tais princípios. Uma pesquisa realizada na Austrália revelou a existência de confusões conceituais consideráveis em relação à definição de termos como “holístico”, além de respostas do serviço de saúde que alteram esses conceitos e não conseguem lhes garantir um compromisso “do governo como um todo” (LUTSCHINI, 2005).

Descentralização, como um conceito, é mais comumente operacionalizado no nível de cuidados primários do que em qualquer nível secundário ou terciário – e, em muitos casos, é “controlado pela comunidade” (há exemplos na Nova Zelândia, Austrália, Canadá e Chile, dentre outros). Isso se relaciona a conceitos de controle social e participação comunitária – existem complicados sistemas de controle social em diferentes locais com uma gama de mecanismos para contratar serviços de assistência secundária e terciária e recrutar funcionários para que prestem serviços de assistência primária – tudo no âmbito de um modelo de assistência à saúde indígena controlado pela comunidade (GARNELO; SAMPAIO, 2003; MIGNONE; BARTLETT et al., 2007). Equidade é um conceito difícil para qualquer sistema de saúde e, em termos de políticas de saúde indígena (e possivelmente para qualquer outra): “a liderança e a vontade política, somadas a uma sociedade mais compassiva e menos complacente, é crucial” (MOONEY, 2003). Equidade, no contexto de saúde indígena no Brasil, poderia ser entendida como equidade de acesso e qualidade da assistência e/ou equidade de resultados em saúde de outros grupos sociais do país. Mesmo em países ricos como Canadá, Austrália e Nova Zelândia há significativas desigualdades com relação a resultados em saúde de povos indígenas, comparados a seus conterrâneos nacionais. Isso levou à elaboração de políticas na Austrália relativas a fórmulas de alocação de recursos baseadas em resultados, que foram experimentadas por um curto período no nordeste da Austrália (MCDERMOTT; BEAVER et al., 1997; MOONEY, 2003; HEFFORD; CRAMPTON et al., 2005).

Na Austrália, o desenvolvimento de um modelo contínuo de assistência médica para comunidades remotas mal assistidas também é interessante no seu processo de desenvolvimento de modelos, não só em termos de sua ênfase em comunidades

indígenas (e misturadas). De uma perspectiva de prestação de serviços de saúde, um elemento interessante é que esse não era um serviço focado em um grupo étnico e sim um modelo de difícil acesso, tanto em termos geográficos como sociais (BATTYE; MCTAGGART, 2003). O objetivo foi desenvolver um modelo para a prestação de serviços especializados em áreas remotas e rurais utilizando equipes multidisciplinares de “profissionais paramédicos”, (abrangendo as disciplinas de fisioterapia, pediatria, dietética, terapia ocupacional, patologia da fala e psicologia). O desenvolvimento do modelo de serviços paramédicos em áreas remotas e rurais envolveu quatro estágios: (1) formulação de uma matriz de planejamento como resultado de uma oficina para identificar os componentes centrais; (2) rastreamento ambiental, inclusive o mapeamento de serviços paramédicos existentes e a identificação de lacunas na prestação de serviços; consulta à comunidade a fim de colaborar na análise de lacunas na prestação de serviços, identificação de prioridades da saúde em nível local e apresentação do contexto em que os serviços devem ser prestados; análise de dados de morbidade, mortalidade e triagem disponíveis; (3) análise de pesquisas anteriores sobre o recrutamento e retenção de profissionais paramédicos e determinação de um nível ‘razoável’ de prestação de serviços em áreas rurais e isoladas; e (4) síntese de informações para desenvolver opções ou um modelo de prestação de serviços de saúde.

O desenvolvimento desse modelo é bastante semelhante ao processo que estamos usando no desenvolvimento do modelo brasileiro – com uma importante exceção de que o Brasil possui um modelo de assistência diferenciado para povos indígenas (atualmente), ao passo que os Australianos se concentravam em comunidades rurais geograficamente isoladas (de aborígenes e todas as demais etnias) como sua população-alvo para o desenvolvimento desse modelo. Um aspecto importante no desenvolvimento desse modelo foi também o “rastreamento ambiental”, para mapear serviços paramédicos existentes – altamente relevante no contexto de ligações com a rede SUS. Isso será discutido posteriormente nas seções 2.9 e 2.10.

2.2 Serviços de saúde pública e assistência primária à saúde prestados pelos Subsistemas de Saúde Indígena

Muitos sistemas que lidam com a saúde indígena internacionalmente, particularmente no nível de assistência primária à saúde, incluem a capacitação e o manejo de profissionais indígenas de saúde como um elemento-chave. Diversos países, especialmente nações carentes em recursos, utilizam um modelo de PHC básico proposto por profissionais de saúde voluntários, os quais, no caso de comunidades indígenas, são conhecidos principalmente como “profissionais de saúde indígena”. Ao mesmo tempo em que esses profissionais são freqüentemente vistos como os principais elementos dos sistemas de PHC, há diversos problemas que, na maioria das vezes, estão vinculados à acentuada rotatividade de pessoal; funções indeterminadas; falta de apoio profissional (e capacitação); e falta de integração dos funcionários à PHC de rotina e outras estruturas do serviço (BROWN; MALCA et al., 2006). Problemas similares foram relatados no Brasil (LANGDON; DIEHL et al., 2006).

Abordagens de PHC revelam-se geralmente bem-sucedidas ao tratar da saúde indígena quando a abordagem de uma equipe é desenvolvida por profissionais de saúde indígena, vistos de forma ideal como parte integral da equipe de PHC, e permitiram o desenvolvimento profissional e uma capacitação contínua (BRAVEMAN; ROEMER, 1985; HILL; SHANNON, 1993; BARRETT; LADINSKY et al., 2001; PACZA, STEELE et al., 2001; KENI, 2006; ABBOTT; GORDON et al., 2008). Por exemplo, o Havaí tem um programa de bolsas que capacita profissionais de saúde indígena em diversos níveis (SANTIAGO, SHIMIZU et al., 2001). Desde 1991, foram concedidas 121 bolsas para a capacitação de nativos havaianos em diferentes profissões de assistência primária, entre as quais a medicina, odontologia, enfermagem, obstetrícia, assistência social e saúde pública. Estudos subseqüentes realizados por profissionais médicos indicam que médicos com uma origem indígena são expressivamente mais propensos a permanecer na área de PHC e trabalhar em comunidades bastante remotas (ELSE, 2001). Uma pesquisa realizada na Austrália enfatiza as diversas habilidades e responsabilidades de profissionais paramédicos, que incluem funções clínicas, sanitárias, de educação e de liderança, e a importância de integrar esses profissionais de saúde indígena em sistemas de manejo e capacitações existentes na área de PHC (ABBOTT; GORDON et al., 2008). Profissionais ligados à saúde aborígine/indígena ainda são extremamente escassos, mesmo em estados ricos em recursos, tais como a Austrália. No entanto, os

profissionais paramédicos que atuam recebem apoio do setor terciário e de centros como o Núcleo de Aprendizagem Pika Wiya, que localiza-se no sul da Austrália e oferece apoio prático, social, cultural e emocional para alunos do ensino superior, com vistas a elevar o número de profissionais de saúde indígena, em especial enfermeiros cadastrados, na região.

2.3 Ações voltadas para a promoção da saúde, medidas preventivas e educação, levando em devida consideração a cultura e o conhecimento da população indígena

Problemas de saúde indígena comuns em nível internacional geralmente incluem doenças infecciosas evitáveis, que afetam predominantemente crianças; problemas básicos de saúde materna que podem ser tratados por meio da assistência básica à saúde; e uma gama dos chamados riscos “modernos” à saúde (p. ex., obesidade, alcoolismo, tabagismo, violência) que estão associados a mudanças sócio-culturais (MCMURRAY; PARAM, 2008). A adaptação de serviços rotineiros para tratar de problemas de saúde indígena pode implicar a alteração do foco para realidades locais com base em um perfil epidemiológico diferente para povos indígenas, em relação ao restante da população. Por exemplo, a assistência pré-natal oferecida na Austrália inclui “modelos para a prestação de serviços que incluem ambulatórios de assistência primária à saúde em comunidades remotas, inclusive serviços de saúde controlados por comunidades aborígenes e ambulatórios móveis de obstetrícia” (NEL; PASHEN, 2003).

Talvez o mais difícil seja garantir a promoção da saúde para reduzir o complexo ônus dos problemas sociais de saúde “modernos” (tabagismo, dieta, alcoolismo, violência social, suicídios) (EDGEcombe, 1998). Por outro lado, é também a área em que indígenas ou educadores em saúde leigos são de grande valor – estudos internacionais revelaram que educadores em saúde indígenas leigos têm maior acesso a comunidades “de difícil alcance”, além de serem comunicadores mais eficazes.

Por exemplo, em um estudo de caso realizado nos Estados Unidos, educadores em saúde leigos foram exitosos ao organizar uma população indígena urbana, freqüentemente vista como de difícil alcance, para sensibilizá-la dos perigos de fumar e aumentar seu interesse de participar de um programa estruturado de cessação do tabagismo. Eles motivaram 235 indivíduos a se inscrever no programa; 141 dos quais

participaram ao menos de uma sessão ou aceitaram ao menos uma visita inicial. Os autores concluíram que “os resultados indicam que educadores em saúde leigos podem ser capazes de mobilizar essa população para que participem de programas de promoção da saúde. No entanto, devido a diferenças nessa população referentes ao tabagismo, as verificações indicam que novos métodos devem ser desenvolvidos para mantê-los envolvidos após terem sido sensibilizados” (LACEY; TUKES et al., 1991).

Também há exemplos interessantes na Austrália, como um programa no qual avós (as principais cuidadoras da comunidade) receberam apoio por meio de Serviços Médicos Aborígenes (AMS) locais, não só em termos de sua própria saúde e bem-estar, mas também para que atuassem como promotoras de saúde em outros programas sociais envolvendo jovens e mães jovens (SULLIVAN; BLIGNAULT et al., 2007). Uma avaliação recente de programas de promoção da saúde aborígene na Austrália revelou que eles foram bem recebidos por parte das comunidades locais, mas que as avaliações dos programas não foram concebidas para captar os impactos complexos das atividades de promoção da saúde (MIKHAILOVICH; MORRISON et al., 2007).

Um exemplo significativo no Canadá é o de um projeto de saúde oral que foi planejado e implementado com uma tribo das Primeiras Nações. O processo também é interessante: o Ministério da Saúde provincial obteve recursos competitivos disponíveis para colaborações entre comunidades afastadas e educadores médicos. Hartley Bay (Gitga'at), uma tribo da Nação Tsimshian, respondeu declarando a saúde dentária de crianças como uma preocupação básica de saúde. Essa comunidade do norte possui uma população com cerca de 200 pessoas que se situa dentro de uma reserva e só pode ser acessada por água ou ar. O planejamento do programa de intervenção chamado Brighter Smiles (sorrisos mais brilhantes) “envolveu líderes comunitários, professores, pais, idosos, equipes de assistência à saúde, residentes em pediatria e um corpo docente das faculdades de odontologia e medicina da Universidade de British Columbia (UBC). O Brighter Smiles inclui programas de ensino de escovação em escolas, programas de aplicação de fluoreto, apresentações em sala de aula e visitas regulares de pediatras residentes da UBC a Hartley Bay para prestar assistência pediátrica, inclusive assistência odontológica própria para a idade das crianças a pais em consultas ambulatoriais” (HARRISON; MACNAB et al., 2006). Os pesquisadores concluíram que, além de o projeto ter fornecido uma experiência de

aprendizado de serviço para pediatras estagiários em uma comunidade afastada, os primeiros indicadores demonstraram melhorias na saúde oral das crianças. Esse projeto é importante para o Brasil não só em termos das temáticas de saúde oral e promoção da saúde, mas também para o processo de desenvolvimento do projeto – no qual profissionais médicos e comunidades locais puderam propor atividades inovadoras de promoção da saúde para problemas de saúde priorizados pela comunidade. Também vale ressaltar que outros estudos concluíram que programas de promoção da saúde obtêm melhores resultados quando integrados às prioridades da comunidade (HARVEY; TSEY et al., 2002).

2.4 Atividades de supervisão epidemiológica (inclusive ações voltadas para a supervisão e controle da qualidade da água e medidas de emergência), vigilância sanitária, controle de doenças e supervisão alimentar e nutricional

Em alguns países, especificamente o Canadá, a Austrália, e a Nova Zelândia, existe uma grande quantidade de dados confiáveis sobre a saúde Indígena. Nos últimos anos esses dados não se limitaram apenas a povos indígenas, mas foram coletados e publicados por pesquisadores Indígenas. A disponibilidade de dados relacionados à saúde é severamente afetada pelo isolamento geográfico de povos indígenas. Em alguns casos, informações só são obtidas após o início de uma epidemia, quando profissionais de saúde chegam e iniciam o tratamento dos pacientes.

Nas regiões mais isoladas do mundo, antropólogos conduziram diferentes trabalhos para entender melhor os povos indígenas e suas condições de vida. Embora não visem reunir dados epidemiológicos, muitos estudos antropológicos documentaram detalhes demográficos de diferentes grupos, inclusive dados referentes a nascimentos e mortes (PINEROS-PETERSEN; RUIZ-SALGUERO, 1998; SYLVAIN, 2002). Por meio de um amplo processo para conquistar a confiança da comunidade e gradualmente reunir histórias de famílias, histórias de nascimento e autópsias verbais, muitos antropólogos conseguiram realizar o que a maioria das supervisões epidemiológicas não conseguiu.

Cabe ressaltar que a disponibilidade de informações sobre a saúde indígena também é afetada pelo fato de haver várias definições de comunidade “indígena”

conforme cada Estado-nação, bem como pelo movimento de indivíduos e famílias entre áreas rurais e urbanas. Algumas comunidades atravessam fronteiras nacionais, criando desafios para a coleta de dados. Em nível nacional, muitos países não decompõem seus dados de modo a revelar diferenças étnicas em relação a condições sócio-econômicas ou de saúde. Somam-se a isso atitudes sociais que estão mudando em relação à indianidade, o que pode elevar o número de indivíduos “indígenas” num país – caso seja socialmente aceitável identificar-se como indígena – ou reduzir suas populações – caso haja um estigma associado a essa auto-identificação. Esse último problema apresenta uma barreira especial na avaliação da saúde indígena em contextos urbanos ou rurais mistos.

Em âmbito internacional, há problemas expressivos no que se refere à vigilância epidemiológica de populações indígenas. O Brasil não é uma exceção. Populações indígenas tendem a ser contadas com imprecisão no censo e em registros de nascimento, causando transtornos subsequentes para registrar mortes e morbidez na população em geral. Há poucas publicações acerca de sistemas aprimorados. Sistemas tendem a melhorar de acordo com melhorias na rede de saúde básica e com a capacitação criteriosa de profissionais de saúde locais em matéria de monitoramento e utilização de registros (KUMAR; DATTA, 1988; CARMAN; SCOTT, 2004). Programas específicos, como programas de triagem de saúde, são desenvolvidos em alguns países e, uma vez mais, parecem mais eficazes quando há profissionais indígenas de saúde envolvidos na coleta de dados (NIVEN, 2007; HAN; LEE et al., 2008). No Alaska, foram propostos programas de triagem para monitorar casos de suicídio e depressão, ao mesmo tempo em que registros rotineiros de saúde são usados para o monitoramento da diabetes (RITH-NAJARIAN, DANNELS, et al., 2001; RHOADES, ROUBIDEAUX et al., 2004).

Na comunidade aborígene Umoona localizada em Coober Pedy, no extremo norte da região sul da Austrália, um projeto de nutrição combinou o monitoramento do estado nutricional com a promoção da saúde. “Nutricionistas do projeto desenvolveram e implementaram um programa especializado de capacitação em nutrição com os profissionais de saúde aborígenes da comunidade Umoona. Os nutricionistas foram sensíveis às solicitações de grupos comunitários no sentido de que oferecessem conhecimentos especializados de nutrição e apoio no desenvolvimento do programa. Além disso, houve assistência com relação à nutrição individual para

adultos e crianças que participaram de uma triagem de saúde renal. Os profissionais aborígenes de saúde relataram um maior conhecimento nutricional e confiança para abordar assuntos relacionados à nutrição na comunidade, após a capacitação em matéria de nutrição. Consultas individuais e parcerias formadas com grupos comunitários sensibilizaram e estimularam ações que abordam a importância da nutrição em doenças renais e na saúde de um modo geral na comunidade de Umoona” (ZEUNERT; CERRO et al. 2002). Essa abordagem parece ter melhorado a vigilância e apoiado a capacitação e a assistência de profissionais de saúde.

Vale enfatizar que há uma mudança internacional de foco para uma melhor supervisão e controle de dados epidemiológicos, bem como outros dados, sobre povos indígenas. Em 2004, a UNESCO e o fórum permanente da ONU organizaram uma oficina internacional para discutir a coleta e a desagregação de dados (UNESCO, 2005). Trinta e seis especialistas da ONU e de outras organizações intergovernamentais, governos, organizações indígenas e acadêmicos participaram no desenvolvimento de recomendações para estados e outros atores responsáveis por informações sobre povos indígenas. Uma das principais conclusões do encontro foi a de que “os povos indígenas devem participar integralmente, como parceiros em pé de igualdade, de todos os estágios da coleta de dados, inclusive o planejamento, implementação, análise, disseminação, acesso e retorno, contando com financiamento adequado e desenvolvimento de capacidades”. A pesquisa também deve “responder às prioridades e objetivos das próprias comunidades indígenas”. Essas políticas foram incluídas na Declaração dos direitos dos Povos Indígenas da ONU ratificada (ALTO COMISSÁRIO DOS DIREITOS HUMANOS DAS NAÇÕES UNIDAS, 1994; NAÇÕES UNIDAS, 2007), à qual o Brasil é signatário.

2.5 Sistema concebido para fins de implementação de políticas de assistência farmacêutica

Concordamos que essa seção não se revelou uma prioridade sob uma perspectiva internacional e, por isso, será abordada pela equipe especializada na área.

2.6 Coordenação com formas tradicionais de medicina

Há um debate considerável e antigo acerca da interação de formas tradicionais de medicina com serviços de saúde alopáticos (AKERELE, 1984; BIZIMUNGU, 1985; SRINIVASAN, 1995; TOVEY; DE BARROS et al, 2006). O debate concentra-se naqueles que defendem uma maior interação entre os diferentes sistemas e nos que se opõem a isso, os quais geralmente argumentam que medicinas tradicionais não têm efeito comprovado e, em sua visão, são ineficazes. A “medicina tradicional” abrange uma ampla gama de práticas e produtos: inclui parteiras tradicionais, sobre as quais há uma vasta literatura, bem como ferramentas terapêuticas e de diagnóstico, tratamentos e métodos “farmacêuticos” e fitoterápicos, práticas de cura por meio da manipulação de ossos e práticas tradicionais de “psiquiatria”.

Box I: Artigos Relacionados à Saúde da Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas

Artigo 24

1. Os povos indígenas têm direito a seus medicamentos tradicionais e a manter suas práticas de saúde, incluindo a conservação de suas plantas, animais e minerais de interesse vital do ponto de vista médico. As pessoas indígenas têm também direito ao acesso, sem qualquer discriminação, a todos os serviços sociais e de saúde.
2. Os indígenas têm o direito de usufruir, por igual, do mais alto nível possível de saúde física e mental. Os Estados tomarão as medidas que forem necessárias para alcançar progressivamente a plena realização deste direito.
3. Os povos indígenas têm o direito de manter, controlar, proteger e desenvolver seu patrimônio cultural, seus conhecimentos tradicionais, suas expressões culturais tradicionais e as manifestações de suas ciências, tecnologias e culturas, compreendidos os recursos humanos e genéticos, as sementes, os medicamentos, o conhecimento das propriedades da fauna e da flora, as tradições orais, as literaturas, os desenhos, os esportes e jogos tradicionais e as artes visuais e interpretativas. Também têm o direito de manter, controlar, proteger e desenvolver sua propriedade intelectual sobre o mencionado patrimônio cultural, seus conhecimentos tradicionais e suas expressões culturais tradicionais.
4. Em conjunto com os povos indígenas, os estados adotarão medidas eficazes para reconhecer e proteger o exercício desses direitos.

Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas, 2007

Há evidências substanciais de que, em muitos casos, povos indígenas possuem sistemas de medicinas tradicionais sofisticadas e bem estabelecidas, com remédios confiáveis que foram desenvolvidos ao longo de séculos (CRENGLE, 2000; HICKMAN; MILLER, 2001; FINK, 2002; LOUW; REGNIER et al., 2002). Além de serem valiosos para suas comunidades, os conhecimentos indígenas acerca desses medicamentos também são a base de muitas descobertas farmacêuticas ocidentais. Ironicamente, embora os povos indígenas em si não sejam valorizados, muitas vezes suas terras e seus recursos o são. Frequentemente, a exploração de terras indígenas é resultado da alta demanda internacional pelos mesmos recursos que as comunidades indígenas vêm cuidadosamente manejando e protegendo ao longo de séculos, inclusive plantas medicinais, produtos florestais e recursos naturais minerais. (BARTON, 1994; KING; TEMPESTA, 1994; CALLE, 1996; KING; CARLSON et al., 1996; MERSON, 2000) Em muitos casos, medicamentos étnicos altamente valorizados produzidos por sociedades indígenas tornam-se bens disputados em mercados internacionais. (MAIL; MCKAY et al., 1989; TROTTI, 2001; LOUW; REGNIER et al., 2002; KONG; GOH et al., 2003) Atualmente, há exemplos internacionais de serviços “integrados”, e o Quadro I mostra o acordo das Nações Unidas sobre direitos indígenas relacionados à saúde – dos quais os medicamentos tradicionais são um princípio central. Talvez os estudos de caso internacionais mais interessantes e relevantes derivem de um estudo recente sobre iniciativas interculturais de saúde adotadas no Chile, Equador, Colômbia, Guatemala e Suriname (MIGNONE; BARTLETT et al., 2007). Os cinco estudos de caso selecionados foram realizados no Chile (Hospital Makewe Pelale e Centro de Saúde Boroa, Temuco), Colômbia (CRIC/AIC/IPS, Cauca), Equador (Jambi Huasi, Otavalo), Guatemala (Associação Comadronas, Fundação Kaslen e Centro de Saúde, Comalapa) e Suriname (Missão Médica e ambulatórios da Equipe de Conservação da Amazônia, Kwamalasamutu e Pëlele Tëpu).

Nesse estudo, “a saúde intercultural foi essencialmente compreendida como práticas na área de saúde e assistência médica que unem a medicina indígena e ocidental, onde ambas consideradas complementares. As premissas básicas são o respeito mútuo, igual reconhecimento de conhecimentos, disposição para interagir e flexibilidade para mudar em decorrência dessas interações. A saúde intercultural ocorre em diferentes níveis e envolve famílias, profissionais médicos, centros de saúde, hospitais e sistemas de saúde. Uma melhor prática em assistência médica deve: demonstrar um impacto tangível e positivo sobre indivíduos e populações atendidas;

ser sustentável; ser responsável e relevante tanto em relação às necessidades de saúde do paciente e da comunidade como às realidades culturais e ambientais; ter como foco o cliente, inclusive no que se refere a questões de gênero e inclusão social; melhorar o acesso à saúde e coordenar e integrar serviços; ser eficaz e flexível; demonstrar liderança; ser inovadora; mostrar potencial para reprodução e identificar necessidades de saúde e políticas; e ser capaz de ser avaliada”.

Os pesquisadores observaram que as práticas diferiram substancialmente entre os estudos de caso. Experiências realizadas no Chile, Equador e Colômbia referem-se essencialmente a serviços e centros alopáticos que incorporam medicinas indígenas em determinados aspectos de suas práticas – de diferentes formas conforme o caso. Apesar de o estudo ter encontrado alguns problemas com a articulação e gestão dos sistemas, houve indícios de que os centros de saúde interculturais tiveram um impacto substancial na confiança da comunidade em serviços de saúde e seu acesso e utilização.

Os modelos utilizados em cada um dos cenários são de grande importância para o modelo que estamos desenvolvendo no Brasil e, futuramente, seria útil no sentido de criar uma relação colaborativa de aprendizagem com as comunidades e gerentes dessas iniciativas.

2.7 Adaptação ética e cultural de práticas de saúde

O campo da ética da biomedicina e da saúde pública envolve todos os aspectos de saúde – de práticas de pesquisa à atitude e assistência individuais de profissionais médicos. Problemas consideráveis em relação à ética em pesquisa já foram registrados internacionalmente, em particular abusos flagrantes em pesquisas com povos indígenas (READING; NOWGESIC, 2002; HUMPHERY, 2003; READING, 2003; READING, 2006). Além disso, há indícios concretos de que existe um “racismo” arraigado por parte de profissionais de saúde em relação a povos indígenas (RING; BROW, 2002; PULVER, 2007).

A pressão internacional por uma estrutura ética mais forte na realização de pesquisas sobre a saúde indígena é importante para o Brasil. Em nível internacional, essa mudança está enraizada em práticas de pesquisa antiéticas. Historicamente, e assim como outros grupos minoritários, os indígenas foram vistos puramente como objetos de estudo científico, fornecendo dados etnográficos para os primeiros

antropólogos e, mais recentemente, sangue e amostras de tecidos para pesquisas genéticas e biomédicas sobre sua população. Um projeto intitulado “Diversidade do Genoma Humano”, proposto na década de 1990, foi amplamente criticado por grupos indígenas que contestaram não só as implicações do projeto, mas também as atitudes das pessoas envolvidas (KING, 1996). Cientistas ressaltaram a necessidade urgente de se obter amostras de “grupos isolados de interesse histórico” que estão desaparecendo (CAVALLI-SFORZA; WILSON et al., 1991). Essa aparente ausência de preocupação com o bem-estar desses povos evanescentes provocou reações exasperadas: “após sermos submetidos a genocídios e etnocídios por 500 anos, querem coletar e armazenar nosso DNA. Essa é apenas uma versão sofisticada de como os remanescentes de nossos ancestrais foram capturados e mantidos em museus e instituições científicas”. (TAULI-CORPUZ, 1994). Atualmente, há exemplos interessantes de estruturas de pesquisa em nível nacional que colocam os direitos indígenas e a ética no centro do processo de aprovação da pesquisa – o Canadá e a Austrália desenvolveram tais estruturas, as quais foram negociadas com grupos indígenas e representantes indígenas membros de conselhos de concessão de ajuda financeira e avaliação ética (HUMPHERY, 2003).

O quadro I indica que comunidades indígenas negociaram acordos para novas abordagens, baseadas em direitos e na ética em seu sentido mais amplo, e sinaliza a inclusão de povos indígenas em todos os níveis de processos decisórios políticos. Nesse sentido, a ONU argumenta que é necessário um maior foco na melhoria de dados relacionados à saúde e às condições de vida dos povos indígenas, mas essas informações só podem ser obtidas por meio de sua participação integral (Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, 2004). Além disso, “o acesso a serviços de assistência médica abrangentes, comunitários e culturalmente adequados, à educação em saúde e à nutrição e moradia adequadas deve ser garantido sem qualquer discriminação”. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2005).

Uma das questões-chave para garantir serviços mais éticos e culturalmente adequados é a incorporação de conhecimentos e valores indígenas em políticas de serviços de saúde e no processo de capacitação de profissionais de saúde. Há muitos bons exemplos disso que se relacionam à discussão anterior sobre o papel de agentes indígenas de saúde (HUGHES; HIGUSHI, 2004). Os cursos de capacitação também podem ser incorporados em programas de desenvolvimento profissional contínuo. No

Havaí, por exemplo, o Subcomitê Havaiano Nativo de Câncer de Mama (NHBCSC) da Sociedade Americana do Câncer desenvolveu e implementou um curso de capacitação cultural para profissionais da saúde. O curso de capacitação foi concebido para satisfazer requisitos contínuos de educação médica e profissional. “A capacitação profissional em serviço começou em 2001, com a participação de mais de 300 profissionais havaianos de assistência médica, e terminou em 2004. A Nova Zelândia também criou um programa no qual adota uma abordagem interessante para melhorar a assistência médica primária. Ele enfoca iniciativas de educação inter-profissional em que graduandos de medicina, enfermagem e farmácia aprendem juntos a compreender questões de saúde enfrentadas em Maori e como elas são abordadas por serviços de saúde, além de observar a contribuição de diferentes profissionais de saúde na equipe de assistência médica” (HORSBURGH; LAMDIN, 2004). A capacitação cultural para agentes de saúde em todos os níveis foi uma das principais solicitações dos participantes de oficinas realizadas no Brasil e esses são apenas dois exemplos disponíveis de como essa capacitação se parecerá.

2.8 Recepção dos usuários

Esse tema foi abordado, até certo grau, em outras seções. É notável que, na maioria dos níveis dos serviços de saúde – e, em particular, nos serviços de primeira linha, como a assistência médica primária – os usuários indígenas são mais receptivos à assistência médica alopática quando há agentes indígenas de saúde na equipe e quando certos aspectos da medicina tradicional são incluídos no pacote de assistência médica.

Em alguns casos, grupos indígenas deixam de utilizar serviços de saúde por diversas razões, entre elas a inacessibilidade física do serviço, o que também pode estar relacionado às atitudes da equipe de saúde, tempo de espera e tratamentos culturalmente inadequados (não só em termos do tratamento pessoal da equipe, mas também do tipo de intervenção médica) (SCOTT; MARWICK et al., 2003). Esse fato se confirma tanto em países mais ricos, como a Nova Zelândia, como no Brasil. Os indígenas usuários de serviços de saúde também relatam sofrer tratamentos racistas rotineiramente.

O problema da não utilização e insatisfação dos usuários indígenas com serviços de saúde é que, além de os usuários dos serviços serem desfavorecidos, os prestadores desses serviços acham essa situação igualmente frustrante. Por exemplo,

em um estudo sobre a saúde intercultural realizado no Chile, “clientes Mapuche consideraram, como os principais desafios regionais, a indiferença e a discriminação por parte de equipes de assistência médica em relação a pacientes Mapuche, agravado pela indiferença das autoridades. Os prestadores de serviços consideraram como maior problema a falta de conhecimento sobre a cultura Mapuche e de habilidades para lidar com esse grupo étnico. Pacientes e prestadores de serviços concordaram em relação à necessidade de se usar o dialeto Mapuche em atendimentos médicos, coordenar ações com curandeiros tradicionais e aceitar práticas terapêuticas étnicas” (ALARCON; ASTUDILLO et al., 2004). Esse cenário se reflete em outros contextos em que uma abordagem conjunta foi adotada para incorporar opiniões indígenas ao planejamento de saúde e capacitar agentes não indígenas de saúde (SMYLIE, 2001).

2.9 Relação do Subsistema de Saúde Indígena com o SUS em todos os níveis

Tanto esta seção como a 2.10 envolvem, até certo grau, questões relacionadas à política macro, que, por sua vez, parece estar mudando rapidamente no Brasil. Há diversos modelos internacionais diferentes, mas, ao que tudo indica, os mais bem-sucedidos (em termos de resultados em saúde e melhor acesso a serviços de saúde) e populares são aqueles que incorporam um nível de assistência médica primária que é principalmente controlada, administrada e operada pelas próprias comunidades indígenas e integrada (muitas vezes por meio de complexos sistemas de contratação) à estrutura geral de assistência médica. A maioria dos países com populações indígenas teve de criar e adaptar um conjunto de serviços para as comunidades indígenas – em muitos casos, simplesmente com base em seus resultados em saúde extremamente insatisfatórios e na incapacidade dos serviços de saúde disponíveis à população geral de alcançar essas comunidades.

Curioso e relacionado a outras seções deste relatório, um estudo recente realizado na Nova Zelândia sugere que mudanças em serviços primários controlados pela comunidade parecem estar dando certo não só sob a ótica dos usuários, mas também sob a perspectiva de custos. Verificou-se que “centros de saúde sem fins lucrativos dirigidos pela comunidade cobravam preços mais baixos para consultas de pacientes e empregavam mais funcionários de Maori e da Ilha do Pacífico, reduzindo, dessa forma, barreiras financeiras e culturais ao acesso em comparação a centros com

fins lucrativos. Aqueles sem fins lucrativos ofereciam uma gama diferente de serviços e apresentavam menor probabilidade de possuir equipamentos específicos; tinham maior probabilidade de possuir políticas escritas sobre gestão de qualidade, reclamações e eventos críticos e de realizar o planejamento de serviços por localidade e avaliações de necessidades da comunidade” (CRAMPTON; DAVIS et al., 2005).

2.10 Serviços de saúde oferecidos pela rede SUS (serviços laboratoriais, provisão de medicamentos, assistência secundária e terciária);

Dada a constante transformação da estrutura organizacional de prestação de serviços de saúde para indígenas no Brasil, talvez seja extremamente útil analisar, de forma mais geral, a situação sob a perspectiva de abordagens internacionais em relação à assistência primária, secundária e terciária integradas. A inconstante política brasileira não é diferente do formato inconstante da política nacional de saúde para indígenas e para a população em geral em países como Nova Zelândia, Austrália e Canadá. A Nova Zelândia, em particular, alterou sua política diversas vezes de modelos de assistência diferenciada para grupos indígenas (semelhante à abordagem de subsistema) para a assistência primária não diferenciada para todos, voltando novamente para um sistema com adaptações para comunidades Maori.

Há alguns anos a Austrália vem lutando pela integração de serviços – em especial no contexto de comunidades indígenas rurais isoladas. Dois estudos analisaram a política inovadora da Austrália de “oferecer serviços especializados de saúde em áreas rurais e remotas”, uma abordagem concebida para apoiar serviços primários de saúde. O primeiro estudo, realizado em 2001, concluiu que “em locais onde há uma população desprivilegiada que não conta com acesso adequado à assistência médica, serviços especializados de saúde oferecidos por um centro regional podem ser um meio mais equitativo de prestação serviços do que unicamente serviços hospitalares. Serviços especializados de saúde que sejam adequadamente organizados, sensível às necessidades comunitárias locais e que tenham uma base regional adequada de especialistas, podem efetivamente se integrar e apoiar processos de assistência médica primária. No entanto, quando esses serviços especializados são planejados e conduzidos de forma inadequada, podem afastar recursos e reduzir a assistência médica primária”. (GRUEN; WEERAMANTHRI et al., 2002). Um estudo adicional

realizado em 2004, novamente analisando o programa australiano de serviços especializados de saúde, concluiu que “esse tipo de serviço melhora o acesso à assistência especializada e pode diminuir a demanda pela atenção hospitalar a pacientes externos e internos. Contudo, os serviços especializados de saúde em áreas rurais e remotas dependem do bom-funcionamento da assistência primária. Conforme a forma em que esses serviços são conduzidos e organizados, eles podem tanto apoiar como impedir a assistência primária e, conseqüentemente, reduzir sua própria eficácia”. (GRUEN; BAILIE, 2004).

No Canadá, em um caso de extremo isolamento, outro aspecto da assistência especializada foi melhorado por meio de uma “abordagem de diagnósticos e tratamentos a distância”. Em 2002, o Centro Médico Nativo do Alasca e centros de saúde remotos formaram “a Rede de Farmácias do Centro-Sul com o objetivo de fornecer serviços farmacêuticos a pacientes nativos e não nativos que vivem em áreas rurais de Anchorage. O Centro Médico Nativo do Alasca atuou como a farmácia central, comprando medicamentos em nome da rede e distribuindo-os a pacientes da rede. Em abril de 2003, quatro farmácias remotas iniciaram um processo de 6 meses para comparar dois sistemas distintos de equipamentos de tele-farmácia. Os sistemas foram avaliados em relação a diversos fatores, tais como as capacidades de seu hardware e software e o suporte oferecido ao cliente. Posteriormente, o programa foi ampliado para que incluísse 12 sites participantes. Segundo o estudo, em 2006 foram processadas 22.665 prescrições por meio da tele-farmácia e de avaliações prospectivas de farmacêuticos. Foram documentadas 990 consultas e intervenções (4,4% de todas as prescrições processadas)” por parte de farmacêuticos (ROSE, 2007). Eles concluíram que “a incorporação de avanços tecnológicos permitiu ao departamento de farmácia do Centro Médico Nativo do Alasca melhorar e ampliar a prestação de serviços farmacêuticos para comunidades rurais e isoladas”.

2.11 Protocolos relativos aos procedimentos, ações e rotinas adotados por instituições de saúde;

Concordamos que protocolos relativos aos procedimentos, ações e rotinas adotados por instituições de saúde foram bem desenvolvidos no Brasil, além do fato de que representaram uma questão para a política nacional. A questão-chave talvez seja se protocolos padrão de serviços de saúde devem ser adaptados para comunidades

indígenas e/ou se há necessidade de se elaborar novos protocolos. Um exemplo internacional relevante foram adaptações em protocolos desenvolvidas na Austrália (CARAPETIS; BROWN et al., 2007; ROSE; 2007), que tiveram como foco a febre reumática aguda (FRA) e a doença reumática cardíaca (DRC). Em 2005, novas diretrizes australianas referentes ao diagnóstico e à gestão da FRA e DRC foram formuladas pela Fundação Nacional do Coração da Austrália e a Sociedade Cardíaca da Austrália e da Nova Zelândia. Por exemplo, novos critérios para o diagnóstico da FRA em populações de alto risco, inclusive aborígenes australianos, foram desenvolvidos para que incluíssem evidências ecocardiográficas da doença valvar subclínica e considerassem a poliartralgia ou a monoartrite asséptica como manifestações importantes. Novas diretrizes foram desenvolvidas para a gestão de casos clínicos nessas comunidades.

2.12 Papel de organizações do setor público e de organizações não governamentais na prestação de assistência à saúde indígena;

Há muitos casos em países em maior situação de pobreza em que organizações não governamentais (ONGs) também desempenham um papel importante na assistência à saúde indígena. Em determinados contextos, essas ONGs baseiam-se em missões. Em casos em que essas ONGs tenham sido bem-sucedidas no sentido de atingir comunidades indígenas e prestar assistência médica, seus serviços de saúde podem ser incorporados a sistemas primários de saúde financiados (ou parcialmente financiados) nacionalmente (REID; BARTLETT et al., 1982; MIGNONE; BARTLETT et al., 2007).

Os exemplos mais interessantes talvez sejam os serviços criados pelas próprias comunidades indígenas e/ou por elas controlados que, além de operar quase como ONGs no âmbito do sistema como um todo, são freqüentemente autofinanciados. Há exemplos interessantes disso na Nova Zelândia e na Austrália, bem como no Chile e na Colômbia (REID; BARTLETT et al., 1982; MANIAPOTO; GRIBBEN, 2003; CUNNINGHAM, 2006).

2.13 Objetivos em termos de assistência à saúde indígena.

Concordamos que isso seria discutido de forma mais proveitosa em um estágio posterior do projeto.

Anexo I - Termos de Referência para o Produto 4

A definição do Modelo de Assistência deve incluir os seguintes aspectos:

- a) Marco conceitual adotado no Modelo de Assistência à Saúde Indígena, composta de diretrizes, regulações e normas;
- b) Serviços de saúde pública e assistência médica primária prestados pelo Subsistema de Saúde Indígena;
- c) Ações voltadas para a promoção da saúde, medidas preventivas e educação, levando em devida consideração a cultura e os conhecimentos da população indígena;
- d) Atividades de vigilância epidemiológica (inclusive ações voltadas para a supervisão e controle da qualidade da água e medidas emergenciais), vigilância sanitária, controle de doenças e supervisão alimentar e nutricional;
- e) Sistema concebido para fins de implementação de políticas de assistência farmacêutica;
- f) Coordenação com formas tradicionais de medicina;
- g) Adaptação ética e cultural de práticas de saúde;
- h) Recepção dos usuários;
- i) Relação do Subsistema de Saúde Indígena com o SUS em todos os níveis;
- j) Serviços de saúde oferecidos pela rede SUS (serviços laboratoriais, provisão de medicamentos, assistência secundária e terciária);
- k) Protocolos referentes aos procedimentos, ações e rotinas adotados por instituições de saúde
- l) Papel de organizações do setor público e de organizações não governamentais na prestação de assistência à saúde indígena;
- m) Objetivos em termos de assistência à saúde indígena.

Referências

- ABBOTT, P., E. GORDON, et al. (2008). "Expanding roles of Aboriginal health workers in the primary care setting: seeking recognition." *Contemp Nurse* 27(2): 157-64.
- AKERELE, O. (1984). "WHO's traditional medicine programme: progress and perspectives." *WHO Chron* 38(2): 76-81.
- ALARCON, A. M., P. ASTUDILLO, et al. (2004). "[Intercultural health care policy from the perspective of health care providers and Mapuche clients]." *Rev Med Chil* 132(9): 1109-14.
- BARRETT, B., J. LADINSKY, et al. (2001). "Village-based primary health care in the Central Highlands of Vietnam." *J Community Health* 26(1): 51-71.
- BARTON, J. H. (1994). "Ethnobotany and intellectual property rights." *Ciba Found Symp* 185: 214-21.
- BATTYE, K. M.; K. MCTAGGART (2003). "Development of a model for sustainable delivery of outreach allied health services to remote north-west Queensland, Australia." *Rural Remote Health* 3(3): 194.
- BIZIMUNGU, C. (1985). "[The interface of traditional medicine with conventional medicine and primary health care]." *Imbonezamuryango* 1(4): 52-67.
- BRAVEMAN, P. A.; M. I. ROEMER (1985). "Health personnel training in the Nicaraguan health system." *Int J Health Serv* 15(4): 699-705.
- BROWN, A., R. MALCA, et al. (2006). "On the front line of primary health care: the profile of community health workers in rural Quechua communities in Peru." *Hum Resour Health* 4: 11.
- CALLE, R. (1996). "Juridical and sociocultural problems on the definition of a law concerning property, usage and access to genetic resources in Colombia." *J Ethnopharmacol* 51(1-3): 127-42; discussion 142-6.
- CARAPETIS, J. R., A. BROWN, et al. (2007). "An Australian guideline for rheumatic fever and rheumatic heart disease: an abridged outline." *Med J Aust* 186(11): 581-6.
- CARMAN, S. K.; J. SCOTT (2004). "Exploring the health care status of two communities in the Dominican Republic." *Int Nurs Rev* 51(1): 27-33.
- CAVALLI-SFORZA, L., A. WILSON, et al. (1991). "Call for a worldwide survey of human genetic diversity: a vanishing opportunity for the Human Genome Project." *Genomics* 11(2): 490-1.
- CRAMPTON, P., P. DAVIS, et al. (2005). "Does community-governed nonprofit primary care improve access to services? Cross-sectional survey of practice characteristics." *Int J Health Serv* 35(3): 465-78.
- CRENGLE, S. (2000). "The development of Maori primary care services." *Pac Health Dialog* 7(1): 48-53.
- CUNNINGHAM, J. (2006). "Diversity of primary health care providers for urban indigenous Australians." *Aust N Z J Public Health* 30(6): 580-1.

- EDGECOMBE, N. A. (1998). "Value orientation of the Copper Inuit." *Int J Circumpolar Health* 57 Suppl 1: 55-61.
- ELSE, I. (2001). "Native Hawaiian physician location and service to the underserved in Hawai'i." *Pac Health Dialog* 8(2): 312-21.
- FINK, S. (2002). "International efforts spotlight traditional, complementary, and alternative medicine." *Am J Public Health* 92(11): 1734-9.
- GARNELO, L.; S. SAMPAIO (2003). "[The sociocultural basis for indigenous peoples' health advocacy: problems and issues in the Northern Region of Brazil]." *Cad Saude Publica* 19(1): 311-7.
- GRUEN, R.; R. BAILIE (2004). "Specialist clinics in remote Australian Aboriginal communities: where rock art meets rocket science." *J Health Serv Res Policy* 9 Suppl 2: 56-62.
- GRUEN, R. L., T. S. WEERAMANTHRI, et al. (2002). "Outreach and improved access to specialist services for indigenous people in remote Australia: the requirements for sustainability." *J Epidemiol Community Health* 56(7): 517-21.
- HAN, H. R., H. LEE, et al. (2008). "Tailored lay health worker intervention improves breast cancer screening outcomes in non-adherent Korean-American women." *Health Educ Res.*
- HARRISON, R. L., A. J. MACNAB, et al. (2006). "Brighter Smiles: Service learning, inter-professional collaboration and health promotion in a First Nations community." *Can J Public Health* 97(3): 237-40.
- HARVEY, D., K. TSEY, et al. (2002). "An evaluation of tobacco brief intervention training in three indigenous health care settings in north Queensland." *Aust N Z J Public Health* 26(5): 426-31.
- HEFFORD, M., P. CRAMPTON, et al. (2005). "Reducing health disparities through primary care reform: the New Zealand experiment." *Health Policy* 72(1): 9-23.
- HICKMAN, M. S.; D. MILLER (2001). "Indigenous ways of healing guinea worm by the Soninke culture in Mauritania, West Africa." *Hawaii Med J* 60(4): 95-8.
- HILL, P. S.; C. SHANNON (1993). "Empowering indigenous health workers through management training." *Physician Exec* 19(2): 22-5.
- HORSBURGH, M.; R. LAMDIN (2004). "Maori health issues explored in an interprofessional learning context." *J Interprof Care* 18(3): 279-87.
- HUGHES, C. K.; P. HIGUCHI (2004). "Ka Lokahi Wahine: a culturally based training for health professionals." *Pac Health Dialog* 11(2): 166-9.
- HUMPHERY, K. (2003). "Setting the rules: the development of the NHMRC guidelines on ethical matters in Aboriginal and Torres Strait Islander health research." *N Z Bioeth J* 4(1): 14-9.
- KENI, B. H. (2006). "Training competent and effective Primary Health Care Workers to fill a void in the outer islands health service delivery of the Marshall Islands of Micronesia." *Hum Resour Health* 4: 27.
- KING, D. (1996). "The Human Genome Diversity Project." *GenEthics News*(10).

- KING, S. R., T. J. CARLSON, et al. (1996). "Biological diversity, indigenous knowledge, drug discovery and intellectual property rights: creating reciprocity and maintaining relationships." *J Ethnopharmacol* 51(1-3): 45-57.
- KING, S. R.; M. S. TEMPESTA (1994). "From shaman to human clinical trials: the role of industry in ethnobotany, conservation and community reciprocity." *Ciba Found Symp* 185: 197-206.
- KONG, J. M., N. K. GOH, et al. (2003). "Recent advances in traditional plant drugs and orchids." *Acta Pharmacol Sin* 24(1): 7-21.
- KUMAR, V.; N. DATTA (1988). "Home-based mothers' health records. Fórum Mundial de Saúde 9(1): 107-10.
- LACEY, L., S. TUKES, et al. (1991). "Use of lay health educators for smoking cessation in a hard-to-reach urban community." *J Community Health* 16(5): 269-82.
- LANGDON, E. J., E. E. DIEHL, et al. (2006). "[Participation by indians health agents in health services: the experience in Santa Catarina State, Brazil]." *Cad Saúde Pública* 22(12): 2637-46.
- LOUW, C. A., T. J. REGNIER, et al. (2002). "Medicinal bulbous plants of South Africa and their traditional relevance in the control of infectious diseases." *J Ethnopharmacol* 82(2-3): 147-54.
- LUTSCHINI, M. (2005). "Engaging with holism in Australian Aboriginal health policy - a review." *Aust New Zealand Health Policy* 2: 15.
- MAIL, P. D., R. B. MCKAY, et al. (1989). "Expanding practice horizons: learning from American Indian patients." *Patient Educ Couns* 13(2): 91-102.
- MANIAPOTO, T.; B. GRIBBEN (2003). "Establishing a Maori case management clinic." *N Z Med J* 116(1169): U328.
- MC DERMOTT, R., C. BEAVER, et al. (1997). "Outcomes-based resource allocation for indigenous health services: a model for northern Australia?" *Health Policy* 39(1): 69-78.
- MCMURRAY, A.; R. PARAM (2008). "Culture-specific care for Indigenous people: A primary health care perspective." *Contemp Nurse* 28(1-2): 165-72.
- MERSON, J. (2000). "Bio-prospecting or bio-piracy: intellectual property rights and biodiversity in a colonial and postcolonial context." *Osiris* 15: 282-96.
- MIGNONE, J., J. BARTLETT, et al. (2007). "Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America." *J Ethnobiol Ethnomed* 3: 31.
- MIKHAILOVIC, K., P. MORRISON, et al. (2007). "Evaluating Australian Indigenous community health promotion initiatives: a selective review." *Rural Remote Health* 7(2): 746.
- MOONEY, G. (2003). "Inequity in Australian health care: how do we progress from here?" *Aust N Z J Public Health* 27(3): 267-70.
- NEL, P.; D. PASHEN (2003). "Shared antenatal care for indigenous patients in a rural and remote community." *Aust Fam Physician* 32(3): 127-31.
- NIVEN, J. A. (2007). "Screening for depression and thoughts of suicide: a tool for Use in Alaska's village clinics." *Am Indian Alsk Native Ment Health Res* 14(2): 16-28.

- PACZA, T., L. STEELE, et al. (2001). "Development of oral health training for rural and remote aboriginal health workers." *Aust J Rural Health* 9(3): 105-10.
- PINEROS-PETERSEN, M.; M. RUIZ-SALGUERO (1998). "[Demographic aspects in indigenous communities of 3 regions of Colombia]." *Salud Publica Mex* 40(4): 324-9.
- PULVER, L. R. (2007). "We walk together as friends: the Shalom Gamarada Ngiyani Yana residential scholarship program." *Med J Aust* 186(10): 551.
- READING, J. (2003). "The Canadian Institutes of Health Research, Institute of Aboriginal People's Health: a global model and national network for Aboriginal health research excellence." *Can J Public Health* 94(3): 185-9.
- READING, J. (2006). "The quest to improve Aboriginal health." *Cmaj* 174(9): 1233, 1237.
- READING, J.; E. NOWGESIC (2002). "Improving the health of future generations: the Canadian Institutes of Health Research Institute of Aboriginal Peoples' Health." *Am J Public Health* 92(9): 1396-400.
- REID, R. A., E. E. BARTLETT, et al. (1982). "The checkerboard area health system: delivering comprehensive care in a remote region of New Mexico." *Hum Organ* 41(2): 147-55.
- RHOADES, D. A., Y. ROUBIDEAUX, et al. (2004). "Diabetes care among older urban American Indians and Alaska Natives." *Ethn Dis* 14(4): 574-9.
- RING, I. T.; N. BROWN (2002). "Indigenous health: chronically inadequate responses to damning statistics." *Med J Aust* 177(11-12): 629-31.
- RITH-NAJARIAN, S., E. DANNELS, et al. (2001). "Preventing amputations from diabetes mellitus: the Indian Health Service experience." *West Indian Med J* 50 Suppl 1: 41-3.
- ROSE, J. L. (2007). "Improved and expanded pharmacy care in rural Alaska through telepharmacy and alternative methods demonstration project." *Int J Circumpolar Health* 66 Suppl 1: 14-22.
- SANTIAGO, K., M. SHIMIZU, et al. (2001). "The Native Hawaiian Health Professions Scholarship program's impact on the community of Ko'olau Loa: a program report." *Pac Health Dialog* 8(2): 450-2.
- SCOTT, K. M., J. C. MARWICK, et al. (2003). "Utilization of general practitioner services in New Zealand and its relationship with income, ethnicity and government subsidy." *Health Serv Manage Res* 16(1): 45-55.
- SMYLIE, J. (2001). "Building dialogue. Aboriginal health and family physicians." *Can Fam Physician* 47: 2444-6, 2452-5.
- SRINIVASAN, P. (1995). "National health policy for traditional medicine in India." *Fórum Mundial de Saúde* 16(2): 190-3.
- SULLIVAN, E., I. BLIGNAULT, et al. (2007). "The Graniators support group program." *Promot Educ* 14(2): 80-1.
- SYLVAIN, R. (2002). "San Women Today: Inequality and Dependency in a Post-Foraging World." *Indigenous Affairs Indigenous Women* 1-2/04: 8-13.

- TAULI-CORPUZ, V. (1994). Declaração feita durante a 2º Sessão da Comissão de Desenvolvimento Sustentável da ONU em nome da Aliança dos Povos da Aliança Cordilleira Peoples', Nova York, 1994.
- TOVEY, P., N. F. DE BARROS, et al. (2006). "Use of traditional medicine and globalized complementary and alternative medicine among low-income cancer service users in Brazil." *Integr Cancer Ther* 5(3): 232-5.
- TROTTI, J. L. (2001). "Compensation versus colonization: a common heritage approach to the use of indigenous medicine in developing Western pharmaceuticals." *Food Drug Law J* 56(3): 367-83.
- UNESCO (2005). MELHORES Práticas do Conhecimento Indígena, UNESCO.
- NAÇÕES UNIDAS (2005). Versão Preliminar Avançada Inalterada do Programa de Ação para o Segundo Século Internacional dos Povos Indígenas Mundiais (Sexagésima Sessão, Item 70). Genebra, ONU.
- NAÇÕES UNIDAS (2007). "Adopted -Declaration on the Rights of Indigenous Peoples." Obtido em 23 de setembro de 2007.
- CONSELHO ECONÔMICO E SOCIAL DAS NAÇÕES UNIDAS (2004). Relatório da oficina sobre a coleta e desagregação de dados sobre povos indígenas. Oficina Sobre a Coleta e Desagregação de Dados sobre Povos Indígenas, Nova York, 19 a 21 de janeiro de 2004, Nova York, UNESCO.
- ALTO COMISSÁRIO DOS DIREITOS HUMANOS DAS NAÇÕES UNIDAS. (1994). "Draft United Nations Declaration on the Right of Indigenous Peoples." Obtido em 22 de novembro de 2004 no site: [www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/E.CN.4.SUB.2.RES.1994.45.En?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/E.CN.4.SUB.2.RES.1994.45.En?OpenDocument).
- ZEUNERT, S., N. CERRO, et al. (2002). "Nutrition project in a remote Australian aboriginal community." *J Ren Nutr* 12(2): 102-6.

Anexo II Matriz de competências, habilidades e atividades dos Agentes Indígenas de Saúde

Fonte: Saúde sem Limites (2005). Referencial para formação de agentes comunitários de saúde indígena.

A Matriz de Competências para a formação inicial, sugerida pela SSL e apresentada no quadro I, articula um conjunto de cinco competências, oriundas de 23 habilidades que, por sua vez, são demonstradas por uma série de atividades orientadoras do desempenho.

Quadro I - Matriz de Competências, Habilidades e de Atividades para a Formação Inicial dos ACIS		
Competências	Habilidades (Saber Fazer)	Atividades (para a avaliação de Desempenho)
1. Participar da gestão social das políticas públicas e estimular o exercício do controle social sobre o setor da saúde.	1.1 Argumentar sobre os direitos dos povos indígenas com base na Constituição, direitos humanos, legislação indigenista, Política Nacional de Saúde e Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 1.2 Articular-se com os atores sociais e políticos envolvidos 1.3 Mobilizar a comunidade para o exercício do controle social	a) Realizar reuniões periódicas com a comunidade para discutir questões referentes à cidadania dos povos indígenas. b) Participar de atividades dos Conselhos de Saúde. c) Expressar-se com fluência sobre o subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas para indivíduos, famílias e comunidade. d) Orientar indivíduos, famílias e comunidade sobre as rotinas e ações de saúde existentes no âmbito do DSEI. e) Utilizar recursos de informação e de comunicação adequados à realidade local.
2. Promover a integração entre as equipes de saúde dos DSEIs e a população indígena considerando o contexto intercultural e o processo de trabalho.	2.1 Interagir com a comunidade, equipes de saúde e instituições. 2.2 Mediar as relações interculturais entre os sistemas médicos 2.3 Trabalhar em equipe considerando as suas atribuições e os aspectos éticos no processo de trabalho.	a) Organizar reuniões periódicas com a comunidade, equipe de saúde visando a integração. b) Identificar a importância do acompanhamento da população no desenvolvimento de suas ações. c) Identificar as práticas tradicionais de cura. d) Promover a aproximação das equipes de saúde com os especialistas tradicionais e com suas respectivas práticas tradicionais de cura.

<p>3. Planejar e avaliar as ações e serviços de saúde no âmbito do Pólo-Base, em conjunto com as equipes dos DSEIs e com base no processo saúde-doença.</p>	<p>3.1 Identificar, de modo participativo, as necessidades da comunidade relacionadas ao processo saúde-doença. 3.2 Identificar situações e hábitos presentes nas comunidades que interferem nas condições de saúde. 3.3 Relacionar os aspectos ambientais, econômicos, sociais e culturais e dos serviços de saúde com o processo saúde-doença. 3.4 Elaborar, junto às equipes dos DSEIs, o plano de ação e suas estratégias de implementação, de avaliação e de reprogramação. 3.5 Analisar os principais problemas de saúde que afetam a população e propor medidas de intervenção no contexto da interculturalidade.</p>	<p>a) Caracterizar o território e a população. b) Desenvolver ações de Vigilância à Saúde. c) Organizar, interpretar e divulgar para a comunidade informações de saúde. d) Realizar reuniões periódicas com a comunidade para discussão de seus problemas de saúde e propor medidas de intervenção. e) Estimular a participação da população no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde.</p>
<p>4. Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde que resultem na melhoria da qualidade de vida de forma articulada com outros setores.</p>	<p>4.1 Participar de processos de reflexão junto aos indivíduos, famílias e comunidade sobre suas condições de saúde e doença. 4.2 Promover trabalhos educativos voltados para a promoção da saúde considerando os fatores de risco e a vulnerabilidade dos grupos populacionais específicos. 4.3 Mobilizar a comunidade, com o respaldo das lideranças indígenas, em torno das demandas e necessidades de saúde. 4.4 Relacionar os aspectos ambientais, econômicos, sociais, e dos serviços de saúde com a qualidade de vida. 4.5 Buscar parcerias intersetoriais que contribuam para a melhoria da qualidade de vida da população.</p>	<p>a) Orientar indivíduos quanto ao autocuidado. b) Orientar a população quanto às medidas de proteção à saúde (alimentação, higiene, meio ambiente e saneamento). c) Realizar atividades educativas com a população. d) Realizar ações de promoção à saúde, voltadas para indivíduos, famílias e comunidade, utilizando as estruturas e os recursos disponíveis. e) Estimular hábitos e práticas culturais potencialmente promotores de saúde. f) Propor e implementar ações intersetoriais. g) Estimular e participar de ações coletivas que contribuam para a melhoria das condições de vida e saúde da população. h) Estimular o envolvimento e a participação da população nas discussões e encaminhamentos referentes à sua saúde. i) Utilizar recursos de informação e comunicação adequados à realidade local.</p>

<p>5. Empreender ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos, doenças prevalentes e situações de risco ambiental e sanitário conforme o plano de ação da equipe.</p>	<p>5.1 Identificar fatores de risco e vulnerabilidade de segmentos populacionais específicos a fim de implementar ações dirigidas a prevenção e controle de enfermidades.</p> <p>5.2 Identificar condições ambientais e sanitárias que constituam risco para a saúde a fim de implementar medidas de redução de risco ou prevenção.</p> <p>5.3 Reconhecer sinais indicativos de problemas de saúde e encaminhar as demandas de atendimento, de acordo com protocolos de saúde pública.</p> <p>5.4 Acompanhar a situação de saúde da população e realizar ações básicas de saúde com ênfase na prevenção e no controle das doenças prevalentes, considerando também as práticas tradicionais.</p> <p>5.5 Compreender os principais mecanismos de agressão e de defesa do corpo humano às doenças relacionados à ação dos agentes patogênicos aos aspectos biológicos ambientais e sociais.</p> <p>5.6 Alimentar o sistema de informação em saúde mediante a realização contínua de registros de saúde.</p> <p>5.7 Interpretar as informações retornadas pelo sistema, apoiado pela equipe e, divulgar estas informações para a comunidade.</p>	<p>a) Realizar ações que possibilitem a discussão e a apropriação do conhecimento pela população das informações de saúde.</p> <p>b) Orientar indivíduos, famílias e comunidade quanto a medidas de prevenção e de redução de riscos ambientais e sanitários.</p> <p>c) Realizar ações de Vigilância Ambiental e de saneamento básico.</p> <p>d) Estimular situações e hábitos presentes nas comunidades que potencialmente previnam as enfermidades.</p> <p>e) Identificar sinais das doenças prevalentes na população.</p> <p>f) Encaminhar ao serviço de saúde as demandas de atendimento, conforme estabelecido pela equipe.</p> <p>g) Orientar indivíduos e famílias na identificação de sinais de problemas de saúde.</p> <p>h) Orientar e acompanhar indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças prevalentes.</p> <p>i) Apoiar e realizar ações de prevenção dirigidas a grupos populacionais específicos.</p> <p>j) Realizar ações de Vigilância Epidemiológica.</p> <p>k) Registrar as atividades de saúde desenvolvidas conforme estabelecido pela equipe.</p> <p>l) Identificar práticas culturais que possam implicar em riscos para a saúde.</p>
---	---	--

Anexo III Proposta de Modelo de Atenção à Saúde Bucal Indígena

Maria Elvira Toledo / Consorcio IDS/SSL/CEBRAP

Uma nova perspectiva para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (1) foi aberta a partir de 2000, pelo Ministério da Saúde, estabelecendo “incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal por meio do Programa de Saúde da Família, na saúde bucal expressa pela instituição do “*Programa Brasil Sorridente*” (2). Este programa foi integrado ao “Plano Nacional de Saúde – Um pacto pela saúde no Brasil”, com uma nova proposta na atenção básica, com um modelo de atenção e equipe de saúde bucal atuando em parceria com a equipe de saúde da família.

Como desdobramento dessa PNSB (1) foi definida e implantada a Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal Indígena (PNASBI) (3), onde um processo de construção de um modelo de atenção diferenciada, culturalmente adequado, se inicia em 1999 e suas conclusões em 2006, com a estruturação das “Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas” (DASBI) (4) .

Ainda que definidas as DASBI (4), para a reversão do modelo de atenção à saúde bucal vigente, a gestão e a operacionalização das práticas dos serviços se encontram num processo de transição inicial. Este percurso parte do modelo caracterizado por práticas dirigidas a ações individuais descontinuadas, com o dentista como epicentro da execução dos serviços, com a tônica na assistência curativa e livre demanda de procura, não prioriza ações integrais, dependente do uso de tecnologia e indicadores específicos rudimentares; e se direciona para um novo modelo de atenção com a proposta de organização da prática de prevenção, proteção e promoção à saúde que enfatiza ações coletivas, com foco na atuação na equipe de saúde bucal, onde o Agente Indígena de Saúde (AIS) tem um papel ampliado e priorizado, e as ações individuais racionalizadas embasada em novos saberes e tecnologias que promovem efetividade na assistência à saúde bucal em áreas rurais e de difícil acesso, com comunidades culturalmente diferenciadas.

Consideramos que uma proposta de modelo de atenção à saúde bucal indígena deve se referendar na política do setor, buscar a promoção da reversão do modelo tradicional, preconizando a comunidade como unidade de abordagem, integração com a cosmo visão dos povos indígenas e mimetizando o desenho da estratégia da saúde da família.

Preconizamos como eixo orientador dessa reversão, apoiado em práticas sanitárias e processos de trabalho de um modelo de atenção que priorize a vigilância em saúde²⁰ com diretrizes voltadas para: a ampliação do acesso à atenção em saúde bucal, a produção da linha do cuidado como forma de atenção integral, planejamento estratégico de ações com monitoramento e avaliação de resultados, considerando a interculturalidade como fator de equidade.

Para tanto será necessário organizar as práticas em saúde bucal no sentido de suprir as necessidades de:

I Recursos Humanos para o trabalho em saúde bucal.

Na ampliação do acesso aos serviços em saúde bucal indígena com equidade, a atuação do AIS nas aldeias é considerada prioritária, com atribuições de proteção, prevenção e promoção à saúde, surgindo como uma proposta para a superação do modelo biomédico de atenção às doenças, segundo Narvai (5).

A equipe de saúde bucal então deverá estar composta quantitativa e qualitativamente por profissionais com formação para atuação em diversos níveis de complexidade em contextos interculturais, com atribuições específicas, de acordo com as DASBI (4) necessárias para o enfrentamento dos agravos à saúde bucal em áreas indígenas, que se caracterizam por ocorrências que exigem intervenção em processos agudos e crônicos, com ações invasivas, em geral de baixa complexidade, mas de altíssima frequência e ações coletivas que propõem a adequação de hábitos interculturais adquiridos pelos povos indígenas como o uso indiscriminado de açúcares na dieta não acompanhado de uma higienização de qualidade. Sendo assim a equipe preconizada é composta de:

²⁰ Segundo Paim (2002), a vigilância da saúde é definida como prática sanitária da organização do processo de trabalho em saúde para enfrentamento de problemas contínuos e enfoca as relações entre a equipe de saúde e a população; atua sobre os danos, riscos e condições determinantes da saúde.

- a). Cirurgião Dentista (CD)
- b). Técnico em Higiene Dental (THD)
- c) Auxiliar em Consultório Dentário (ACD)
- d). Agentes Indígenas de Saúde (AIS)

2 Territorialização para a abordagem da população indígena .

Consideramos, as comunidades indígenas como a referência para os pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas em vigilância em saúde; definindo-a como o local onde as pessoas vivem, adoecem e se mobilizam na busca de recursos para resolver seus problemas de saúde. O quadro I apresenta uma proposta de delimitação de territórios para o sub sistema de saúde indígena e especifica suas áreas de atuação, com os apoios necessários e o são identificados os seguintes territórios: Estabelecimentos, equipes, processos de trabalho necessidades para sua organização em saúde bucal.

Quadro I: Proposta de Organização de Serviços em Saúde Bucal Indígena segundo critérios de Territorialização.

Território	Estabelecimento	Atuação	Apoio	Organização
Aldeias / comunidades	Unidade de Apoio aos agentes indígenas de saúde e saneamento.	<p>1. Agentes indígenas de saúde capacitados e com atribuições definidas para atuar na proteção, prevenção e promoção à saúde bucal em ações coletivas contínuas</p> <p>2. Equipe auxiliar de saúde bucal (ACD, THD) e ações programadas coletivas e preventivas individuais</p> <p>3. CD + equipe de saúde bucal, em ações programáticas de prevenção, promoção e recuperação individuais e coletivas</p>	<p>Demais profissionais da equipe de saúde bucal e também multiprofissional Promoção do diálogo entre equipe/ comunidade.</p> <p>Negociação das prioridades em saúde.</p>	<p>Rede de comunicação (radiofonia, celular, etc.).</p> <p>1. AIS - Kit básico e insumos para ações de prevenção em saúde bucal (escovas, pastas dentais e flúor gel para aplicação tópica com a técnica da escovação)</p> <p>2. ACD/THD - Kit básico e insumos para ações educativas, prevenção em saúde bucal (ATF)</p> <p>3. CD+ equipe- insumos para ações educativas, prevenção e reparação com procedimentos de baixa complexidade em saúde bucal</p> <p>Local para “Espaços de conversa/decisão”</p>

Território	Estabelecimento	Atuação	Apoio	Organização
Área	Posto de Saúde Indígena ou Pólo-base [tipo I].	Equipe de saúde bucal, (CD, THD, ACD) e multidisciplinar de saúde indígena.	Rede de apoiadores intra e extra Institucionais. Promoção de habilidades de escuta, diagnóstica, de informação e intervenção de baixa complexidade em atenção primária à saúde bucal.	1.Área física adequada para intervenção com procedimentos de baixa e média complexidade em saúde bucal 2.Local de hospedagem para a a equipe onde necessário), energia limpa, 3.Equipamentos, insumos, comunicação, informação em saúde,
Região Distrital.	Pólo Regional [ou Pólo Base Tipo II].	Núcleo de Apoio da Equipe de Saúde Bucal e Multidisciplinar de Saúde Indígena}	Articulação da referência, do apoio diagnóstico e intervenção de média complexidade em saúde bucal, com a maior ocorrência de necessidades endodônticas, radiologia oral, protéticas, cirurgias orais menores e diagnósticos de lesões de tecidos moles, dependendo do DSEI Rede de apoiadores intra e extra Institucionais. Promoção de habilidades de escuta, diagnóstica, de informação e intervenção. Participação nos conselhos de saúde.	Área física adequada (c/ local de hospedagem para a equipe onde necessário), energia limpa, equipamentos, insumos, comunicação, informação em saúde.

Território	Estabelecimento	Atuação	Apoio	Organização
Distrito Sanitário	Sede do Distrito'	Núcleo Matricial de Saúde Indígena com o coordenador técnico de saúde bucal indígena e equipes multi profissional	<p>Articulação/organização da referência, do apoio diagnóstico e tratamento de nível básico, secundário e terciário.</p> <p>Rede de apoiadores intra e extra Institucionais.</p> <p>Participação nos conselhos de saúde.</p> <p>Qualificação dos Sistemas de Informação em Saúde.</p> <p>Pactuação e relatórios de gestão (Negociação/diretrizes/ prioridades em saúde).</p> <p>Capacitação, busca de parcerias e interlocução com demais instâncias do SUS, articulação intersetorial</p>	Estrutura física, comunicação, informação, capacidade de gestão.

3 A integralidade das ações de saúde bucal para comunidades indígenas.

São definidas como as linhas dos cuidados necessários para se cumprir integralmente as necessidades referidas e diagnosticadas, sendo estas linhas do cuidado o resultado da articulação da assistência individual com o coletivo, numa ação complementar entre a promoção, a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde da comunidade residente em uma aldeia indígena. Atenção especial deve ser dada às situações que requerem atendimento imediato, as urgências em saúde bucal. Essas ações serão de responsabilidade dos profissionais da equipe de saúde bucal em interação com a equipe multidisciplinar e apoiadas por políticas pactuadas indígena para os possíveis encaminhamentos necessários para os demais níveis de complexidade do sub sistema de atenção à saúde do índio.

Salienta-se a necessidade de otimização das estratégias de operacionalização das ações multidisciplinares de saúde, de forma a integrar as práticas em saúde bucal às demais especialidades, segundo contexto de cada DSEI. A especificidade e grau de complexidade das ações de assistência odontológica de reabilitação do dano, em geral são processos invasivos que demandam um tempo maior que das demais especialidades para a cobertura de necessidades básicas das pessoas nas comunidades; necessitando ainda, muitas vezes espaços diferenciados para o transporte de equipamentos e instrumentais clínicos e cirúrgicos. No entanto, para que se encontre alternativas que favoreçam a aproximação das práticas das diferentes disciplinas na busca da integralidade orienta-se para um planejamento detalhado que promova a qualidade da prestação dos serviços, rumo a uma alteração positiva dos indicadores epidemiológicos e satisfação da comunidade em seus anseios.

4 A definição de uma política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal indígena.

Esta é uma estratégia proposta para a qualificação da prestação de serviços e tem como meta implementar projetos de adequação na formação técnica de pós graduação para o nível universitário e aperfeiçoamento e da capacitação específica para os profissionais de nível médio e elementar indígenas ou não.

Orienta-se que atenção especial seja dada à capacitação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) aperfeiçoando a integração dos programas específicos como o de saúde bucal aos demais programas multidisciplinares; assim como os processos pedagógicos de concentração e dispersão dos cursos de capacitação. Para melhoria dessa interação, propomos a inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde, ocorrendo desde a capacitação dos profissionais até a realização das práticas em saúde propriamente ditas, e esta pode ser estruturada sob duas vertentes:

- a) Por linhas de cuidado, compreendendo o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhadas com a saúde da criança, do adolescente do adulto e do idoso; e
- b) Por condição de vida, que compreenderá a saúde da mulher, a do trabalhador, a de hipertensos diabéticos entre outras.

O roteiro pedagógico dos cursos de formação necessitaria ser revisto, segundo essa nova óptica, assim como a definição de atribuições para a organização das práticas e processos de trabalho na atenção básica nas diversas especialidades e de forma integrada, buscando uma racionalização das responsabilidades do AIS em saúde nas aldeias com base no binômio atribuições/ carga horária diária disponível, prevendo assim a disponibilidade de tempo necessária para o trabalho do AIS também para a realização das ações em saúde bucal de forma efetiva nas aldeias.

Os AISs, na atenção à saúde bucal nas aldeias devem ser o epicentro dos processos de organização das práticas de ações coletivas continuadas, interagindo com processos de trabalho de ações complementares de maior complexidade executadas pela equipe de saúde bucal e equipe multidisciplinar atuando segundo planos estratégicos/ comunidade e diagnóstico epidemiológico.

5 A continuidade e efetivação da implementação do Modelo de Monitoramento e Avaliação

Sugerimos, embasados nos dados diagnósticos desta consultoria, um processo de revisão ou análise da adequação das ferramentas atuais preconizadas pelas DASBI (4), para que garantam a alimentação de um sistema de informações em saúde bucal a partir da ponta do sistema pelos profissionais no campo. Critérios de factibilidade do uso de tais instrumentos são decisórios para o subsídio das estratégias de controle

dos agravos de maior ocorrência nas comunidades assistidas, configurando-se num Sistema de Vigilância à Saúde Bucal.

Temos informação que os instrumentos de monitoramento a nível distrital já estão sendo revistos e inicia-se em 2009 um processo de implementação a esse nível, com a testagem de novas planilhas informatizadas específica para a manutenção do SIASI.

Consideramos que o elenco de medidas a serem empreendidas para o trabalho com um Modelo de Atenção à Saúde Bucal Indígena que priorize a Vigilância à Saúde de acordo com o exposto e em consonância com a PNASBI compreenderá:

- a) Diagnóstico coletivo do risco em saúde bucal²¹, que neste caso deve-se considerar a aldeia como unidade de abordagem, principalmente naquelas de difícil acesso e que na imensa maioria dos casos são formadas por pequenas populações. Preconizamos nestes casos a abordagem sistemática da população total das aldeias indígenas para esse diagnóstico.

Salientamos que o enfoque desse diagnóstico da coletividade tem como objetivos, segundo princípios da Estratégia de Saúde da Família:

- ai) Interromper a livre progressão da doença, evitando novos casos (diminuir a incidência ou incremento);
 - aii) Detectar lesões e sinais reversíveis mediante diagnóstico precoce e empregar tecnologias não invasivas e não dependente de equipamentos;
 - aiii) Reabilitar através de procedimentos restauradores nos níveis primários, secundários e terciários, por meio de um sistema de referência e contra referência eficiente.
- b) Utilizar indicadores em saúde bucal simplificados para o monitoramento e avaliação do contexto sócio político e de saúde local e reorganização das práticas sanitárias. A calibração dos profissionais para a coleta dos dados sugerimos que seja realizada a nível de cada DSEI.
 - c) Higiene bucal supervisionada continuada, desenvolvida preferencialmente pelos profissionais auxiliares da equipe de saúde bucal, e com foco no AIS

²¹ Organização Panamericana de Saúde (OPAS) define risco como resultado desfavorável de um dano ou fenômeno indesejado clínico de ações de controle da incidência de cárie dental (Agravado bucal de alta frequência e baixa complexidade).

visando a autonomia e o auto cuidado e com metodologias baseadas em saberes interculturais.

- d) Organização e desenvolvimentos sistemático de ações contínuas de prevenção dos agravos de maior frequência na boca, com planejamento estratégico para a cobertura dos esquemas terapêuticos, realizados também por AIS, que são os profissionais da equipe residentes junto à comunidades .

Citamos a experiência realizada no estado do Acre (6) pela equipe da Associação Saúde Sem Limites, onde a estratégia para a realização das ações coletivas em saúde bucal e utilizada pela equipe multidisciplinar foi a de veicular na comunidade a idéia de associação das medidas de Aplicação Tópica de Flúor (ATF) à vacinação, otimizando o momento já consolidado de busca do benefício da vacinação pela comunidade, oportunizando a concentração das pessoas nesse programas e realizando conjuntamente as ações de avaliação de risco de cárie e ATF segundo protocolo indicado.

- e) Educação em saúde que deve prever capacitação dos profissionais para criação de métodos , propostas e material didático culturalmente adequados a partir de uma política estratégica institucional;

6 Estímulo à pactuação de estratégias de desenvolvimento de ações intersetoriais numa abordagem ampla dos determinantes sociais da saúde e da doença da comunidade

Neste caso se materializam em políticas de educação transformadora, de desenvolvimento sustentável no caminho da nutrição saudável e resgate ou adequação de hábitos tradicionais de alimentação que se contraponham aos hábitos adquiridos deletérios de dieta cariogênica, entre outras, sem acompanhamento de hábitos saudáveis de higiene.

- 7 Realizar o planejamento de ações programáticas em saúde bucal com equipe multidisciplinar e participação de lideranças e representantes indígenas nas instâncias de controle social nos conselhos com capacitação para atuar em contextos interculturais e em ambientes adversos . Sugerimos um aperfeiçoamento no processo de capacitação dos atores que compõem os conselhos distritais responsáveis pela estruturação do Plano Distrital para promover uma melhoria da qualidade desse produto o que refletirá diretamente numa melhoria e agilização da prestação dos serviços às comunidades indígenas assistidas.**
- 8 Definição de uma agenda de pesquisa científica com o objetivo de investigar os principais problemas relativos à saúde bucal, bem como desenvolver novos saberes, produtos e tecnologias necessários à expansão das ações dos serviços de saúde bucal indígena, em todos os níveis.**

A lógica desse modelo de atenção orienta para que a organização das práticas e processos de trabalho em saúde bucal para as áreas indígenas sejam realizadas priorizando ações coletivas contínuas visando a proteção e prevenção dos agravos de maior ocorrência, como estratégia de impacto no sentido da reversão de indicadores epidemiológicos (DASB/DSEI) (4). Complementam o modelo as ações individuais de reabilitação do dano, que cumprem com os princípios doutrinários e organizativos do sub sistema de saúde indígena da universalidade, integralidade, equidade com participação comunitária.

Nesse sentido, devem ser enfatizadas diretrizes que promovam a consolidação de estratégias operacionais para o “ pensar e fazer “ um modelo de atenção à saúde bucal indígena efetivo, que satisfaça as necessidades sentidas pelos indígenas usuários do sub sistema e necessidades observadas por processos de monitoramento e avaliação sistemáticos das práticas.

Referências

- (1) Política Nacional de Saúde Bucal: Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
- (2) BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde> Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília:MS;2004.
- (3) Política Nacional de Atenção à Saúde bucal Indígena. 2 edição – Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002,40p.
- (4) BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE . Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas:manual técnico/Fundação Nacional de Saúde.- Brasília: FUNASA, 2007. 68p.:Il.
- (5) Narvai,PC, Frazão ,P. Políticas de Saúde Bucal no Brasil.In: MoysesST,KrugerL, MOysesSJ, coordenadores. Saúde Bucal das Famílias. São Paulo: Artes Médicas:2008.p.1-20.
- (6) Bittencourt, Maria F; Toledo, Maria E; Argentino, Simone; Oliveira, Lavínia S. Acre, Rio Negro, Xingu, Sistematização da Formação de Agentes de Saúde Indígena. Associação Saúde Sem Limites, 2005,pg.42-45.

Anexo IV Assistência Farmacêutica

É fato que a indústria de medicamentos representa um dos setores mais lucrativos no mundo contemporâneo. Segundo a Organização Mundial da Saúde/OMS (WHO, 2004), o valor total da produção global de medicamentos em 1999 foi de 320 bilhões de dólares, que correspondeu a 1,12% de todos os produtos domésticos. Quanto ao consumo de medicamentos em 1999, os 15% da população que vivem nos países ricos consumiram 91% dos medicamentos, enquanto que nos países pobres/em desenvolvimento, onde se concentra a maioria da população mundial, o consumo foi de apenas 2,9%. Em 2000, 98,7% das vendas globais de medicamentos foram nos mercados de dez países: Estados Unidos da América, Japão, França, Alemanha, Reino Unido, Itália, Espanha, Canadá, Brasil e México. O Brasil, ocupando o nono lugar, representou 1,8% dessas vendas, com 5,2 bilhões de dólares. As dez classes farmacológicas mais vendidas em 2001 corresponderam a 34% de todas as vendas de medicamentos no mundo, destacando-se os anti-secretores gástricos, os redutores de colesterol e de triglicerídeos, os antidepressivos, os antiinflamatórios não esteróides e os anti-hipertensivos (WHO, 2004).

Ainda segundo a OMS e a Ação Internacional para a Saúde (*Health Action International/HAI*), em setembro de 2008, faltando metade do tempo para o alcance dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”²², os medicamentos essenciais²³ estão mais caros e menos disponíveis do que o necessário nos países mais pobres (HAI, 2008).

Os dados acima ilustram de modo exemplar o que representam os medicamentos no mundo globalizado. Em que pese a importância das análises macroeconômicas e macropolíticas, elas não têm sido suficientes para explicar por que, por exemplo, o consumo de medicamentos é prática relevante mesmo onde os serviços de saúde são deficientes; os medicamentos de venda sob prescrição são disponíveis livremente; e a automedicação é importante recurso de cuidado (DIEHL e

²² Em setembro de 2000, 189 países assinaram a “Declaração do Milênio”, com metas a serem alcançadas até 2015. Os oito objetivos (*Millennium Development Goals/MDGs*) representam um acordo para reduzir a pobreza e a fome e enfrentar as desigualdades de gênero, a falta de educação e de acesso à água potável e a degradação ambiental, entre outras. O acesso aos medicamentos essenciais nos países em desenvolvimento, através de cooperação com as indústrias farmacêuticas, é a meta 17 do objetivo oito (desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento).

²³ Medicamentos essenciais são aqueles que “satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade” (BRASIL, 2007a, p. 15).

RECH, 2004). Assim, estudos em contextos locais de distribuição e uso dos medicamentos (VAN DER GEEST, 1987; ETKIN *et al.*, 1990; VAN DER GEEST *et al.*, 1996), sob a abordagem da antropologia, podem ser mais úteis na medida em que, nos episódios de doença, os indivíduos e suas famílias/redes sociais muitas vezes elaboram explicações baseadas no tipo, quantidade e “poder” dos medicamentos e/ou remédios utilizados (NICTER e VUCKOVIC, 1994). Para Van der Geest e Whyte (1988), não basta rotular os medicamentos como substâncias com propriedades bioquímicas e farmacológicas, mas sim pesquisar as situações dinâmicas nas quais os mesmos são percebidos e utilizados.

Para Menéndez (2003), nas sociedades latino-americanas atuais há a coexistência de diferentes formas de atenção às enfermidades, entre elas a biomedicina, as medicinas populares e tradicionais, as medicinas alternativas, a auto-ajuda (Alcoólicos Anônimos, Clube dos Diabéticos, etc.), entre várias outras. Segundo esse autor, nos processos de adoecimento, os sujeitos buscam saídas sem excluir ou privilegiar uma forma, com uma práxis orientada no restabelecimento da saúde. A práxis está centrada no ator e a auto-atenção é a primeira forma de atenção no âmbito da família ou do grupo social. A auto-atenção é marcada pela intencionalidade e deve ser entendida na perspectiva do doente e seu grupo, ou seja, não são as práticas e concepções que definem o que é a auto-atenção, mas sim os atores envolvidos. Conforme Menéndez, a automedicação é a decisão mais ou menos autônoma de utilizar determinados fármacos sem a intervenção direta e/ou imediata dos profissionais de saúde. Indo além, ele propõe que a automedicação é só parte das formas de auto-atenção e implica o uso não só de fármacos, mas também de outras substâncias, como ervas medicinais, álcool, maconha, etc. As críticas da biomedicina sobre a auto-atenção são baseadas quase que exclusivamente em termos de automedicação, definida de modo negativo e como conseqüência da falta de educação ou ignorância. Porém, como salientado por esse autor, a biomedicina vem desenvolvendo uma relação contraditória a respeito do processo de auto-atenção, já que por um lado questiona a automedicação e por outro estimula constantemente atividades de auto-cuidado e de outras formas de auto-atenção, como o planejamento familiar (vários métodos, incluindo a pílula contraceptiva), a reidratação oral, o uso da camisinha, o preventivo feminino, a apalpação dos seios, a auto-injeção de insulina, entre outras.

Em 2004, Diehl e Rech salientaram que no Brasil ainda eram poucos os estudos sobre medicamentos em uma perspectiva antropológica; esse quadro se mantém até os dias atuais. Em se tratando de populações indígenas, ainda é maior a escassez de pesquisas sobre medicamentos. Parte considerável das pesquisas antropológicas tem privilegiado a abordagem sobre as interpretações nativas de doença e as terapêuticas tradicionais de cura (ver, por exemplo, alguns dos artigos publicados em Buchillet, 1991 e em Santos e Coimbra Jr., 1994). Os remédios indígenas também têm merecido trabalhos específicos, sejam sob o ponto de vista da etnobotânica como da etnofarmacologia (ELISABETSKY e SETZER, 1985; ELISABETSKY e POSEY, 1986; PRANCE, 1987; MONTAGNER, 1991; HAVERROTH, 1997).

Secundariamente, os medicamentos aparecem em etnografias como as de Brunelli (1989), Conklin (1994) e Pollock (1994). Outros estudos antropológicos têm enfatizado a pluralidade de sistemas médicos e de recursos terapêuticos, incluídos os medicamentos, entre grupos indígenas brasileiros (MORGADO, 1994), bem como a caracterização dos medicamentos como símbolos do poder dos não índios e como “uma forma de prestígio nas relações comunitárias” (GARNELO e WRIGHT, 2001). A pesquisa de Novaes (1996; 1998), que teve os medicamentos como elementos centrais de análise, identificou uma intensa medicalização entre os Wari’ de Rondônia e que a busca pelos serviços médicos, em especial os medicamentos, ocorria na maioria das situações de doença. Essa autora observou que a eficácia dos medicamentos era avaliada sob a luz das noções nativas de terapia e que eles foram incorporados no ritual xamânico, como pré-requisito para a cura. O trabalho de Pellegrini (1998) entre os Yanomami (Roraima) não coletou dados quantitativos sobre o consumo de medicamentos, mas descreveu os contextos de interação entre o sistema médico tradicional Yanomami e a biomedicina, utilizando uma abordagem da antropologia da fala. O autor observou a dependência dos índios pelo setor biomédico, em especial pelos medicamentos, sendo que desde os primeiros contatos com os missionários até a entrada permanente da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), as “palavras de dar remédios” (Pellegrini, 1998: 118) mostraram-se com poder de troca, beneficiando os índios que vivem mais próximos dos brancos. Diehl (2001) demonstrou que a pluralidade de opções terapêuticas disponíveis aos Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina) permite a busca de diferentes recursos de cuidado e que a construção cultural da prática clínica inclui as relações sociais de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e indígenas, bem como os conflitos entre eles, as políticas de saúde no

Brasil, a própria história da atenção à saúde indígena no país e os saberes, experiências, valores e práticas específicos ao grupo indígena.

Frente a essa discussão, é fundamental que a hipermedicalização entre indígenas (e não indígenas), senso comum a todos nós, seja compreendida não como um ato isolado de busca de cuidado, mas sim como parte de um processo que inclui atos dos sujeitos e grupos, além dos diferentes curadores que intervêm no processo (MENÉNDEZ, 2003). No percurso do doente, são articuladas diferentes formas e sistemas de atenção com o objetivo de encontrar uma solução para o problema e o conjunto das ações supõe a existência de um saber sobre o processo saúde-doença-atenção (MENÉNDEZ, 2003).

Uma proposta de implementação da assistência farmacêutica

A elaboração de uma proposta de assistência farmacêutica aos povos indígenas brasileiros que contemple as especificidades regionais/locais, ao mesmo tempo mantendo algumas premissas que são independentes das diferentes realidades, é desafiante. Em que pese tal desafio, entende-se que qualquer proposta deve seguir as diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica/PNAF (BRASIL, 2004) e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/PNASPI (BRASIL, 2002). Entre as diretrizes, destacam-se: garantia do acesso e equidade às ações de saúde; manutenção de serviços públicos de assistência farmacêutica (AF), articulados e atendendo as prioridades regionais; descentralização das ações (no caso no âmbito dos DSEIs), com responsabilidades pactuadas entre os diferentes níveis de gestão; desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos; uso da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como instrumento racionalizador das ações de AF; promoção do uso racional de medicamentos, através de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo; utilização de protocolos terapêuticos considerando as variáveis socioculturais; autonomia dos povos indígenas quanto à realização ou autorização de levantamentos e divulgação da farmacopéia tradicional indígena.

No “Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena – Relatório Inicial” foi possível observar alguns nós críticos e fatores contextuais desfavoráveis, como: a gestão e o planejamento da assistência farmacêutica se referem a algumas etapas do seu ciclo logístico (aquisição, armazenamento e distribuição de

medicamentos), conduzidas de maneira inadequada; a compra centralizada na FUNASA/Brasília de um elenco de medicamentos (Portaria n. 047/2007), proibindo a aquisição dos mesmos no nível dos DSEIs; as Coordenações Regionais (CORE) e os DSEIs não têm condições estruturais de assumir a gestão e o planejamento da assistência farmacêutica.

O quadro descrito no “Diagnóstico Situacional” demonstra ainda a imperativa necessidade de negociação com os usuários indígenas, pois os mesmos demandam fortemente medicamentos. Essa negociação deve estar baseada no diálogo, na compreensão dos diferentes saberes e experiências que envolvem o uso de recursos terapêuticos, sem julgamentos *a priori* ou culpabilização dos indígenas, bem como no entendimento de que em contextos interculturais as escolhas são influenciadas pela maneira como os sistemas de saúde estão organizados e interagindo.

Frente a essa situação, propõe-se pensar a organização da assistência farmacêutica utilizando como padrão-ouro o “ciclo da assistência farmacêutica” na atenção básica, proposto pelo Ministério da Saúde, através da Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Departamento de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2006). Este ciclo tem sido o orientador para o planejamento e organização dos serviços de assistência farmacêutica em todos os níveis de gestão. As etapas do ciclo são: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação (que inclui a prescrição e o uso de medicamentos). Ainda fundamental são o monitoramento e a avaliação.

Condições prévias

Contemplando uma das diretrizes da PNAF e da PNASPI, é fundamental que o pessoal envolvido na organização e na condução das ações de AF seja qualificado. De acordo com os Planos Distritais 2008-2010 e à luz dos questionários “Estudo de Caracterização dos DSEIs”, observa-se que a grande maioria dos DSEIs conta com pelo menos um farmacêutico no quadro de profissionais. Em curto prazo, todos os DSEIs devem possuir pelo menos um farmacêutico e recomenda-se que tenham um perfil para o trabalho em saúde pública. Considera-se fundamental que para esses profissionais seja propiciada a capacitação para a gestão da AF e o uso racional de

medicamentos²⁴, através de parcerias com o Ministério da Saúde e/ou instituições de ensino. Entende-se essa capacitação como permanente de acordo com as necessidades pessoais e do serviço. Os farmacêuticos capacitados devem assumir o papel de formadores dos outros profissionais para o uso racional de medicamentos, incluindo especialmente os Agentes Indígenas de Saúde, na perspectiva do trabalho em equipe.

Outro aspecto prévio fundamental para a condução das ações em AF é a organização dos serviços. Inicialmente, o planejamento “identifica problemas, processos de trabalho, fluxo de informações, sistema de informações, mecanismo de controle e avaliação, atividades desenvolvidas, forma de execução, canais de articulação, comunicação e informação, demandas” (BRASIL, 2006, p. 23).

Os critérios necessários para a organização dos serviços de AF podem ser resumidos em (BRASIL, 2006, p. 24-27):

1. Estrutura organizacional: a AF deve fazer parte da estrutura formal dos DSEIs, com definição clara das competências e níveis hierárquicos.
2. Estrutura física e instalações: devem contar com espaços físicos suficientes e distribuídos de acordo com as atividades que se propõem, de fácil acesso e em condições ambientais apropriadas, mantendo a higienização e limpeza.
3. Estrutura administrativa: deve ser eficiente, contando com registros das atividades, existência de normas e procedimentos, instrumentos de controle e avaliação (relatórios, sistema de informação, manual de normas e procedimentos).
 - a. Manual de normas e procedimentos: estabelecer claramente todas as atividades e serviços: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação, etc. As normas devem orientar detalhadamente as atividades e os procedimentos a serem adotados em cada uma das etapas do ciclo.
4. Equipamentos e materiais: existência em qualidade e quantidade suficiente, mantendo-os em condições apropriadas de uso.
5. Pessoal: após a identificação das necessidades, o profissional deve possuir as habilidades e competências necessárias para a execução das ações e serviços

²⁴ Segundo definição da OMS, uso racional de medicamentos é a situação na qual os pacientes recebem os medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas, na dose correta por um período de tempo adequado e a um custo acessível.

de AF, ser capacitado, acompanhado e avaliado, conforme já mencionado acima.

6. Recursos de informação: a implantação de sistemas de informação é fundamental para a operacionalização da AF. Consistem em um “conjunto de pessoas, estrutura, tecnologia da informação (*hardware* e *software*), procedimentos e métodos” (p. 27), permitindo o acesso às informações necessárias. Portanto, são condições a existência de uma pessoa responsável para gerir todas as informações e a colaboração de toda a equipe envolvida no processo.
 - a. Sistema informatizado: no caso indígena, poderá ser implantado nas sedes dos DSEIs, a partir da organização dos serviços, da elaboração e padronização de instrumentos gerenciais, da definição dos tipos de informação, de relatórios a serem gerados e do responsável pelo sistema.
7. Recursos financeiros: devem ser definidos e disponibilizados de acordo com cada realidade.
8. Apoio político do gestor e da equipe: a AF deve ser definida como de alta prioridade em todos os DSEIs, superando a visão estreita de que se trata somente de aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos.

Seleção

A seleção de medicamentos é fundamental, pois da sua definição dependem todas as outras etapas do ciclo.

A escolha dos medicamentos precisa estar baseada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos (BRASIL, 2006). A seleção é feita por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), tendo como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Sugere-se que sejam criadas CFTs de acordo com as condições técnico-operacionais dos DSEIs.

Considerando o caráter técnico do trabalho de uma CFT, cada uma delas deverá ser composta por farmacêuticos, clínicos, dentistas e enfermeiros, designados por Portarias, que serão os responsáveis pela definição das Relações Distritais de Medicamentos Essenciais (REDIMEs), bem como pela sua revisão e atualização periódicas. Para fármacos que não são essenciais, cada CFT deve justificar os motivos

para inclusão em lista complementar, utilizando critérios técnico-terapêuticos, como o custo-efetividade, a segurança e a qualidade do medicamento.

As CFTs Distritais, portanto, são permanentes e têm poder deliberativo sobre a definição das listas dos medicamentos. Cada CFT poderá ser assessorada por especialistas em questões gerais e/ou específicas.

Além da definição das REDIMES, cada CFT elaborará formulário terapêutico, reunindo informações técnico-científicas (terapêuticas, farmacológicas e farmacêuticas) sobre os medicamentos selecionados, que servirá como subsídio para a atuação das equipes de saúde. Também, as CFTs elaborarão estratégias para divulgar suas REDIMES, como oficinas de trabalho, seminários, visitas a cada DSEI e Terra Indígena, entre outras. Outro documento importante a ser elaborado refere-se aos protocolos terapêuticos, visando harmonizar as condutas clínicas de acordo com a medicina baseada em evidências. Os protocolos devem seguir as REDIMES e os formulários terapêuticos.

Programação

A programação é a estimativa das “quantidades a serem adquiridas para atendimento de determinada demanda dos serviços, por determinado período de tempo” (BRASIL, 2006, p. 39).

Para programar, são necessários (BRASIL, 2006):

1. Dados sobre consumo e demanda (atendida e não atendida) de cada medicamento, considerando sazonalidade, estoque existente e períodos de descontinuidade.
2. Sistema de informação e de gestão de estoque.
3. Perfil epidemiológico.
4. Dados demográficos.
5. Conhecimento da rede local de saúde.
6. Recursos financeiros.
7. Controle e avaliação.

Visto as diversas realidades indígenas, sugere-se que a programação seja feita em cada DSEI, de modo a obter quantitativos mais próximos da necessidade, evitando erros que podem comprometer as etapas seguintes do ciclo.

Para viabilizar a programação em cada DSEI, portanto, deve haver uma adequação, contando com pessoal qualificado e sistema de informação e de gestão de estoque.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) recomenda que se utilize uma combinação de diferentes métodos de programação, como perfil epidemiológico, consumo histórico, consumo médio mensal e oferta de serviços. Cada DSEI poderá utilizar os métodos que melhor se adéquem a sua realidade.

Aquisição

Refere-se a um “conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos, de acordo com uma programação estabelecida, com o objetivo de suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade e manter a regularidade do sistema de abastecimento” (BRASIL, 2006, p. 43).

Deve-se definir o que precisa ser comprado da lista de medicamentos selecionados, ou seja, devem existir diretrizes que estabeleçam as prioridades, normas e procedimentos para o processo de aquisição. A programação das compras precisa definir os seguintes critérios (BRASIL, 2006):

1. O que deve ser comprado da REDIME.
2. A prioridade para a compra: o atendimento da demanda necessita ser previamente definido, considerando, por exemplo, as metas definidas no Plano Distrital; ou a oferta de serviços (definir quais os serviços); ou os programas/ações estratégicas; ou as necessidades locais ou de grupos populacionais e/ou de enfermidades; ou as solicitações médicas.
3. O modo de aquisição: há diferentes modalidades de aquisição, como licitação por convite, licitação por tomada de preços, licitação por concorrência, pregão (presencial e/ou eletrônico) e sistema de registro de preço. Os dois últimos são recomendados para o setor público, pois independem de limites financeiros e de quantidades de produtos.
4. O período para a aquisição: periodicidade das compras (mensal, trimestral, semestral, anual), com entrega programada para cada DSEI.
5. Como compra: de forma centralizada ou descentralizada. A compra centralizada possibilita maior economia de escala, garante cumprimento das disposições legais e sanitárias e evita compras de medicamentos não

incluídos nas listas de medicamentos. A compra descentralizada só tem vantagem quando é feita para quantidades significativas, com periodicidade anual e entrega programada ou por pregão e/ou sistema de registro de preços. Considerando as dificuldades de se ter fornecedores qualificados em algumas regiões do país, sugere-se que cada DSEI analise a possibilidade de fazer compras conjuntas, à semelhança dos agrupamentos propostos para as CFTs (ver item “Seleção” acima).

6. Quem é o responsável pela aquisição: o responsável deve conhecer toda a legislação que rege a aquisição de produtos, em especial aqueles para a saúde.
7. A existência de um sistema de informação e de gestão de material: visa identificar o histórico das entradas e saídas do estoque e os níveis do estoque (mínimo, máximo, ponto de reposição, rastreabilidade dos lotes, dados de consumo e demanda atendida e não atendida, etc.).
8. A existência de cadastro de fornecedores: devem ser selecionados aqueles que têm melhores condições de atender às necessidades de entrega, preço e qualidade. As exigências quanto aos fornecedores devem constar nos editais de compra de medicamentos.
9. A existência de catálogo de compras ou manual de especificação técnica: as informações devem caracterizar cada produto, visando agilizar o processo de compra e racionalizar o tempo. As principais informações são: nome dos medicamentos por ordem alfabética e Denominação Comum Brasileira/Denominação Comum Internacional (DCB/DCI), forma farmacêutica, concentração, apresentação da embalagem, especificação técnica, níveis de utilização (atenção primária, secundária ou terciária).

Armazenamento

O correto armazenamento tem por objetivo manter as condições adequadas de conservação dos medicamentos. Em cada DSEI deve existir o responsável pelo armazenamento e os outros membros da equipe necessitam ser treinados permanentemente para exercerem a função. As atividades envolvidas são (BRASIL, 2006):

- I. Recepção/recebimento de medicamentos: cada lote de medicamento recebido deve ser conferido de acordo com especificações técnicas

(cumprimento de aspectos qualitativos e legais: nome da substância, forma farmacêutica, concentração, apresentação e condições de conservação e inviolabilidade, registro sanitário, certificado de análise ou laudo de controle de qualidade, responsável técnico, embalagem/rotulagem, lote, número do lote, validade, transporte) e administrativas (conformidade da nota fiscal, quantidades, registro de entrada, notificação de ocorrências no recebimento, arquivo e controle da documentação, encaminhamento para setor de pagamento, divulgação dos medicamentos recebidos).

2. Estocagem: os lotes de medicamentos devem ser guardados em áreas apropriadas, separadas da guarda de outros produtos, de acordo com suas características específicas e condições de conservação (termolábeis, psicofármacos, inflamáveis, material médico-hospitalar, etc.). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) recomenda a criação de Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), visando diferenciá-la de outros locais usados para estocar qualquer tipo de material. A localização da CAF deve permitir fácil acesso para receber e distribuir os medicamentos; quanto à dimensão, deve ser adequada à quantidade e tipos de produtos a serem guardados, modalidade da aquisição, sistema de distribuição, quantidade de equipamentos, entre outros. As condições ambientais, a higienização e a segurança devem ser definidas visando garantir a qualidade, a conservação e a proteção dos medicamentos.
3. Conservação: as condições ambientais devem ser apropriadas para assegurar a estabilidade e integridade dos medicamentos durante seu período de validade. Os procedimentos técnicos envolvem controle de temperatura, de umidade, de luminosidade e de ventilação; equipamentos e acessórios (estrados, cestas, armários/arquivos de aço, extintores de incêndio, câmara fria e refrigeradores, exaustores/ventiladores, etc.).
4. Controle de estoque: é uma atividade que subsidia as etapas de aquisição e de programação e mantém os níveis de estoque necessários ao atendimento das demandas, de modo a evitar excessos ou o desabastecimento. São necessários registros e precisão das informações, objetividade e rapidez. O controle poderá ser por sistema informatizado ou por controle manual (com fichas de controle). A contagem dos estoques (inventário) é um procedimento essencial e deve ser realizado anualmente (atualizar estoques,

prestar contas e auxiliar na programação do exercício seguinte). Também pode ser periódico (mensal, bimensal, trimestral, semestral, etc.) e permanente/contínuo (sem intervalo de tempo, quando da entrada e saída de medicamentos; especial atenção para aqueles grupos que têm maior controle sanitário, como psicofármacos, alto custo e de maior rotatividade).

Resumidamente, o planejamento e a organização da etapa de armazenagem devem incluir (BRASIL, 2006):

1. Estrutura física: área física e instalações adequadas (físicas, elétricas, sanitárias) de acordo com as Boas Práticas de Armazenagem de Medicamentos, com boa localização e condições ambientais favoráveis, tanto nos níveis central (DSEI, Pólo-Base) e local (Unidades de Saúde nas aldeias ou em locais definidos por cada comunidade, sendo de fácil acesso aos Agentes Indígenas de Saúde e outros profissionais).
2. Estrutura organizacional: *layout* (existência de um fluxo adequado desde a programação até a dispensação), organização interna, segurança, equipamentos e acessórios.
3. Estrutura funcional: normas e procedimentos operacionais, instrumentos de controle, acompanhamento e avaliação, sistema de informação.
4. Pessoal qualificado, com treinamento permanente.

Distribuição

A distribuição refere-se ao transporte dos medicamentos até os locais onde serão dispensados. Deve ser organizado de modo a garantir rapidez e segurança na entrega, eficiência no controle e informação, permitindo quantidade e qualidade dos medicamentos.

No caso indígena, visto as grandes diferenças de acesso às Terras Indígenas/aldeias, devem existir normas e procedimentos em cada DSEI, definindo o processo, cronograma, responsáveis, tipos de veículos utilizados e formulários para acompanhamento e controle. Na medida do possível, os motoristas/condutores dos veículos devem ser treinados e informados sobre o tipo de material que transportam, o manuseio correto, as condições e os fatores externos que podem alterar a qualidade da carga e os custos (BRASIL, 2006, p. 73).

Dispensação

É definida como ato do farmacêutico de entrega de um ou mais medicamentos de acordo com uma receita elaborada por profissional autorizado (BRASIL, 2006). Cada receita deve ser analisada tecnicamente e o paciente deve ser orientado sobre o uso correto dos medicamentos. Envolve, portanto, a prescrição e o uso dos medicamentos.

Considerando a heterogeneidade das realidades em cada Terra Indígena/aldeia e a provável dificuldade em garantir número de farmacêuticos suficientes em cada DSEI para prestar a atenção farmacêutica no nível local, sugere-se que outros profissionais, como enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde sejam capacitados permanentemente para o uso racional de medicamentos, utilizando os formulários e protocolos terapêuticos definidos pela CFT. Nos locais de difícil acesso, os Agentes Indígenas de Saúde devem contar com um eficiente sistema de comunicação, visando receber instruções técnicas da equipe de saúde sobre indicação e uso de medicamentos em situações emergenciais, como infecções e acidentes.

Os médicos e dentistas devem receber capacitação permanente para a prescrição racional, tendo como base as REDIMES e os formulários e protocolos terapêuticos.

Monitoramento e avaliação

Para o monitoramento, é fundamental que os registros e armazenamento das informações sejam sistemáticos, pois deles depende o acompanhamento da evolução técnico-financeira (BRASIL, 2006) das ações planejadas.

Na avaliação, as ações planejadas são analisadas com base em critérios previamente definidos. No caso do ciclo logístico da assistência farmacêutica, os indicadores são propostos de acordo com cada uma das etapas (para detalhes, ver BRASIL, 2006, p. 81-86). Uma boa avaliação permite que os problemas sejam identificados e informa para onde se está indo e o que é necessário fazer para mudar. Também, possibilita análises comparativas em diferentes períodos.

Articulações necessárias

A partir do que foi apresentado acima, é necessário estabelecer uma política de sensibilização dos gestores, dos prestadores e dos profissionais de saúde, abordando a importância de definir listas de medicamentos essenciais, visando o acesso e o uso

racional de medicamentos. Com os usuários indígenas, os gestores, prestadores e profissionais devem permanentemente negociar, construindo coletivamente ações educativas para a saúde.

Muito do discutido até o momento se refere aos medicamentos do componente “atenção básica”. Para os componentes “estratégicos” e “excepcionais”, incluindo ainda (BRASIL, 2007b) combate ao tabagismo, insulinas NPH e regular humana, e contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, os gestores da saúde indígena deverão buscar as parcerias com o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, visto que tais componentes têm protocolos e normas estabelecidos, bem como recursos financeiros federais específicos.

Entre os programas de medicamentos estratégicos, com forte impacto entre as populações indígenas, pode-se citar: tuberculose, hanseníase, endemias focais (malária, cólera, leishmaniose, chagas, tracoma, dengue, filaríose, esquistossomose) e DST/AIDS. Nesses casos, o acesso aos medicamentos pode se dar também através da rede do SUS, diminuindo os custos de aquisição pelo Subsistema.

O Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional é o responsável por disponibilizar medicamentos para o tratamento de doenças específicas, que atingem um número limitado de pacientes, os quais na maioria das vezes utilizam-nos por períodos prolongados. Algumas das condições de utilização destes medicamentos englobam: Doença de Parkinson, Alzheimer, Hepatites B e C, pacientes renais crônicos, transplantados, portadores de asma grave, anemia, dentre outras. São medicamentos de custo unitário geralmente elevado, cujo fornecimento depende de aprovação específica das Secretarias Estaduais de Saúde. O paciente, atendido em umas das unidades ambulatoriais do SUS, é avaliado clínica e laboratorialmente de forma a cumprir os critérios de inclusão estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT, previstos para as doenças cobertas pelo Programa. O Ministério da Saúde é o maior financiador deste componente da assistência farmacêutica, que também conta com recursos das Secretarias Estaduais de Saúde, que participam na qualidade de co-financiadoras. Os recursos são repassados mensalmente aos estados, em conta específica, os quais são responsáveis pela programação, aquisição e dispensação dos medicamentos. Cada medicamento tem um valor de repasse específico, o qual é ressarcido ao estado mediante a emissão de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo – APAC, não havendo limite de

atendimento aos usuários. Alguns medicamentos (interferon alfa e interferon alfa peguilado, epoetina, imunoglobulina e imiglucerase) são adquiridos diretamente pelo Ministério da Saúde e enviados trimestralmente aos estados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Referências bibliográficas

- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: MS, 2002. 40 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mai. 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para a sua organização**. Brasília: MS, 2006. 100 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME**. 4 ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a. 286 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 3237, de 24 de dezembro de 2007b**. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_3237_atencao_basica.pdf. Acesso em: 04 set 2008.
- BRASIL. **Formulário Terapêutico Nacional 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 565 p.
- BRUNELLI, G. **De los Espiritus a los Microbios - Salud y cambio social entre los Zoró de la Amazonia brasileña**. Quito: Abya-Yala, Colección 500 años, n. 10, 1989.
- BUCHILLET, D. (org.). **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991.
- CONKLIN, B. O sistema médico Wari' (Pakaanóva). In: **Saúde & Povos Indígenas** (R.V. Santos, C.E.A. COIMBRA Jr., orgs.), Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- DIEHL, E.E. **Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapécó, Santa Catarina, Brasil)**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Doutorado em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.
- DIEHL, E.E.; RECH, N. Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia In: **Saúde dos Povos Indígenas - reflexões sobre a antropologia participativa** (E.J. Langdon, L. Garnelo, ed.). Rio de Janeiro : Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p. 149-169.
- ELISABETSKY, E.; SETZER, R. Caboclo concepts of disease and therapy: implications for ethnopharmacology and health systems in Amazonia. In: **The Amazon Caboclo: Historical and Contemporary Perspectives. Studies in Third World Societies**. (E.P. Parker, ed.). Virginia: College of William and Mary, v. 32, p. 243-278, 1985.

- ELISABETSKY, E.; POSEY, D.A. Pesquisa etnofarmacológica e recursos naturais no trópico úmido: o caso dos índios Kayapó do Brasil e suas implicações para a ciência médica. In: **Anais do I Simpósio Internacional do Trópico Úmido**, v. II, pp. 85-93, 1986.
- ETKIN, N.L.; ROSS, P.J.; MUAZZAMU, I. The indigenization of pharmaceuticals: therapeutic transitions in rural hausaland. **Social Science and Medicine**, v. 30, n. 8, p. 919-928, 1990.
- GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 2, p. 273-284, 2001.
- HAI – Health Action International. **Millennium Development Goal 8.E – Essential medicines: the high price of health**. Disponível em: <<http://www.haiweb.org/medicineprices/pressreleases/HAI%20Press%20release%20MDG%208%20Report%20ATM.pdf>>. Acesso em: 02 dezembro 2008.
- HAVERROTH, M. **Kaingang: um Estudo Etnobotânico - O Uso e a Classificação das Plantas na Área Indígena Xaçepó (oeste de SC)**. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- MENÉNDEZ, E.L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Medicamentos de Dispensação Excepcional**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_excepcionais.pdf>. Acesso em: 24 novembro 2008.
- MONTAGNER, D. Mani Pei Rao: remédios do mato dos marúbo. In: **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. (D. Buchillet, org.), Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991.
- MORGADO, P. Pluralismo médico *Wayana-Aparai*: a intersecção entre a tradição local e a global. **Cadernos de Campo** (Revista dos Alunos de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade de São Paulo), n. 4, p. 41-69, 1994.
- NICHTER, M.; VUCKOVIC, N. Understanding medication in the context of social transformation. In: **Medicines: Meanings and Contexts** (N.L. Etkin, M.L. Tan, ed.). Philippines: Health Action Information Network/Medical Anthropology Unit University Of Amsterdam, 1994. p. 285-303.
- NOVAES, M.R. **A Caminho da Farmácia: Pluralismo Médico entre os Wari' de Rondônia**. Dissertação de Mestrado, Campinas: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UNICAMP, 1996.
- NOVAES, M.R. Interpretação da doença e simbolismo terapêutico entre os Wari' de Rondônia. *Revista de Divulgação Cultural*, n. 64, p. 69-76, 1998.
- PELLEGRINI, M. **Falar e Comer: Um Estudo sobre os Novos Contextos de Adoecer e Buscar Tratamento entre os Yanomamè do Alto Parima**. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

- POLLOCK, D. Etnomedicina Kulína. In: **Saúde & Povos Indígenas** (R.V. Santos, C.E.A. COIMBRA Jr., orgs.), Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- PRANCE, G.T. Etnobotânica de algumas tribos amazônicas. In: **Etnobiologia I (Suma Etnológica Brasileira)** (B.G. Ribeiro, coord.). 2. ed. Petrópolis: Vozes/FINEP, 1987.
- SANTOS, R.V.; COIMBRA JR., C.E.A (orgs.). *Saúde & Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- VAN DER GEEST, S., 1987. Pharmaceutical in the Third World: the local perspective. **Social Science and Medicine**, v. 25, n. 3, p. 273-76.
- VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S.R. (ed.). **The Context of Medicines in Developing Countries - Studies in Pharmaceutical Anthropology**. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ, 1988.
- VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S.R.; HARDON, A., 1996. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. **Annual Review of Anthropology**, v. 25, p. 153-78.
- WHO – World Health Organization. **The World Medicines Situation**. Geneva: WHO/EDM/PAR, 2004. 151 p.

Apêndices

Apêndice I Especificações do Termo de referência para elaboração do modelo de atenção

O Modelo de Atenção deve identificar os serviços de primeiro nível de atenção, ou seja, serviços básicos de saúde para a população indígena e uma política de cobertura clara e bem estabelecida que mantenha metas de curto, médio e longo prazos, nos níveis distrital, regional e nacional.

- I. A definição do Modelo de Atenção deve incidir sobre os seguintes aspectos:
 - a) Marco conceitual adotado do Modelo de Atenção à Saúde Indígena, composto por diretrizes, regulamentos e normas;
 - b) Serviços de saúde pública e cuidados de saúde primários prestados pelo subsistema de Saúde Indígena
 - c) Ações de promoção, prevenção e educação em saúde, e articulação com a cultura e os conhecimentos da população indígena;
 - d) Ações de vigilância epidemiológica (incluindo ações de vigilância e controle de qualidade da água e emergências), de vigilância sanitária, de controle das zoonoses e de vigilância alimentar e nutricional;
 - e) Forma de operacionalização da política de assistência farmacêutica;
 - f) Articulação com as medicinas tradicionais;
 - g) Adequação ética e cultural das práticas sanitárias;
 - h) Acolhimento dos usuários;
 - i) Relação do Subsistema de Saúde Indígena, em todos os níveis, com o SUS;
 - j) Serviços de Saúde prestados pela rede do SUS (serviços laboratoriais, medicamentos, atenção secundária e terciária);
 - k) Protocolos de procedimentos, ações e rotinas por estabelecimentos de saúde;
 - l) Papel das Organizações públicas e das Organizações Não Governamentais na prestação de cuidados à saúde indígena;
 - m) Metas de atenção à saúde indígena.

Apêndice 2 Atribuições dos profissionais da atenção básica

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA (Ministério da Saúde, 2007, p.22)

1.8.1 Agente Comunitário de Saúde – ACS

- Identificar sinais e sintomas dos agravos/doenças e encaminhar os casos suspeitos para a Unidade de Saúde;
- Acompanhar os usuários em tratamento e orientá-lo quanto à necessidade de sua conclusão;
- Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças/agravos, em sua área de abrangência;
- Orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar para a prevenção de doença;
- **Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores;**
- **Planejar/programar as ações de controle das doenças/agravos em conjunto ao ACE e equipe da Atenção Básica/Saúde da Família.**

1.8.2 Agente de Controle de Endemias – ACE

- Identificar sinais e sintomas dos agravos/doenças e encaminhar os casos suspeitos para a Unidade de Saúde;
- Acompanhar os usuários em tratamento e orientá-los quanto à necessidade de sua conclusão;
- Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças/agravos, em sua área de abrangência;
- Orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar para a prevenção de doenças;
- **Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores;**
- **Realizar, quando indicado, a aplicação de larvicidas/ moluscocidas químicos e biológicos; a borrifação intradomiciliar de efeito residual; e a aplicação espacial de inseticidas por meio de nebulizações térmicas e ultra-baixo-volume;**
- **Realizar atividades de identificação e mapeamento de coleções hídricas de importância epidemiológica;**
- **Planejar/programar as ações de controle das doenças/agravos em conjunto ao ACS e equipe da Atenção Básica/Saúde da Família.**

1.8.3 Médico

- Diagnosticar e tratar precocemente os agravos/doenças, conforme orientações, contidas neste caderno;
- Solicitar exames complementares, quando necessário;
- Realizar tratamento imediato e adequado, de acordo com esquema terapêutico definido neste caderno;
- Encaminhar, quando necessário, os casos graves para a unidade de referência, respeitando os fluxos locais e mantendo-se responsável pelo acompanhamento;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- **Orientar os Auxiliares e técnicos de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento dos casos em tratamento e/ou tratamento supervisionado;**
- **Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças;**
- **Enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes às doenças/agravo na área de atuação da UBS, analisar os dados para propor possíveis intervenções.**

1.8.4 Enfermeiro

- Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
- **Enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes às doenças/agravo na área de atuação da UBS e analisar os dados para possíveis intervenções;**
- **Orientar os auxiliares/técnicos de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento dos casos em tratamento e/ou tratamento supervisionado;**
- **Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros a equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças.**

1.8.5 Auxiliar/Técnico de Enfermagem

- Participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados para o exercício de sua profissão;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessária;
- **Realizar tratamento supervisionado, quando necessário, conforme orientação do enfermeiro e/ou médico.**

1.8.6 Cirurgião Dentista, Técnico em Higiene Dental – THD e Auxiliar de Consultório Dentário - ACD

- Identificar sinais e sintomas dos agravos/doenças e encaminhar os casos suspeitos para consulta;
- Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças/agravos em sua área de abrangência;
- **Participar da capacitação dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças;**
- **Orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar para a prevenção de doenças.**

Apêndice 3 Definição das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena segundo as Portarias Ministeriais 2656/2007 e 1088/2005.

Portaria GM 2656/2007

Art. 5º Definir que a composição das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) dar-se-á a partir dos seguintes núcleos:

I - Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena – responsável pela execução das ações básicas de atenção à saúde indígena, composto por profissionais de saúde como: Enfermeiro, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, Médico, Odontólogo, Auxiliar de Consultório Dental, Técnico de Higiene Dental, Agente Indígena de Saúde, Agente Indígena de Saneamento, Técnico em Saneamento, Agentes de Endemias e Microscopistas na Região da Amazônia Legal.

II - Núcleo Distrital de Atenção à Saúde Indígena – responsável pela execução das ações de atenção integral à saúde da população indígena, sendo composto por profissionais que atuam na saúde indígena, não contemplados na composição referida no inciso I deste artigo, tais como nutricionistas, farmacêuticos/bioquímicos, antropólogos, assistentes sociais e outros, tendo em vista as necessidades específicas da população indígena.

Parágrafo único. A definição de quais profissionais deverão compor as Equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena - EMSI priorizará a situação epidemiológica, necessidades de saúde, características geográficas, acesso e nível de organização dos serviços respeitando as especificidades étnicas e culturais de cada povo indígena, devendo atuar de forma articulada e integrada, aos demais serviços do SUS, com clientela adscrita e território estabelecidos.

Portaria GM1088/2005

Art 4º Fica estabelecida que a organização e composição das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) dar-se-á a partir dos seguintes núcleos.

I - Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena - responsável pela execução das ações básicas de atenção à saúde indígena, sendo composto por Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Agente Indígena de Saúde e Agente Indígena de Saneamento;

II - Núcleo de Referência de Atenção Básica à Saúde Indígena - responsável pela atenção básica de saúde à população indígena, na área de abrangência dos Pólos-base de Saúde Indígena e da rede integrada do Sistema Único de Saúde SUS, sendo composto pelos profissionais Médico, Odontólogo e Auxiliar de Higiene Dental; e

III - Núcleo Matricial de Atenção Básica à Saúde Indígena responsável pela execução das ações de atenção integral à saúde da população indígena na área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI e da rede integrada do Sistema Único de Saúde - SUS, sendo composto por profissionais de saúde que atuam na saúde indígena não contemplados na composição mínima da equipe multidisciplinar de saúde.

Parágrafo único. A definição dos núcleos que compõe as Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) respeitará a situação epidemiológica, necessidades de saúde, acesso e complexidade dos serviços, devendo atuar de forma articulada e integrada, com clientela adscrita e território estabelecidos.

