



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

DEPARTAMENTO DE SAÚDE INDÍGENA

NOTA TÉCNICA Nº 046/2009/ASSESSORIA/GAB/DESAI

Assunto: Atendimento aos itens 9.4.11 e 9.4.12 das recomendações do Acórdão 402/2009-Plenário/TCU, aprovado após apreciação do “Relatório da Auditoria Operacional, decorrente dos Acórdãos 1593/2005 - Plenário e 931/2006 - Plenário, sobre a verificação da efetividade na aplicação de recursos federais em ações assistencialistas e de saúde aos povos indígenas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas”, realizada de no período de 3/6/2008 a 30/1/2009”.

Referência: 25100.033.819/2009-01.

Ao GAB/Desai,

1. Trata-se do Memorando no. 1132/COGIN/CGAUD/AUDIT/FUNASA, de 20 de abril de 2009, que encaminha cópia do Ofício no. 151/2009-TCU/SECEX-MT, de 24 de março de 2009, do Acórdão 402/2009-Plenário aprovado após apreciação do “Relatório da Auditoria Operacional, decorrente dos Acórdãos 1593/2005 - Plenário e 931/2006 - Plenário/TCU, sobre a verificação da efetividade na aplicação de recursos federais em ações assistencialistas e de saúde aos povos indígenas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas”, realizada de no período de 3/6/2008 a 30/1/2009”. É solicitada informações sobre as medidas adotadas em atenção às recomendações feitas à Funasa.

2. Com relação às recomendações feitas nos itens 9.4.11 e 9.4.12 do Acórdão 402/2009-Plenário, tenho a fazer as observações que se seguem.

3. São as recomendações em questão:

"VISTOS, relatados e discutidos estes autos de Auditoria Operacional coordenada pela Secretaria de Controle Externo no Estado de Mato Grosso - Secex/MT, junto à Fundação Nacional de Saúde, com vistas a verificar a efetividade na aplicação de recursos federais em ações assistencialistas e de saúde aos povos indígenas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em Sessão Plenária, ante as razões expostas pelo Relator, em: (...)

9.4. recomendar à Fundação Nacional de Saúde - Funasa, ou a outro órgão que porventura venha assumir a gestão da Saúde Indígena, que: (...)

9.4.11. considere, no combate aos agravos de saúde e na gestão administrativa, a possível integração dos DSEI, conforme discutido no 1.4.3 e 1.4.4 do Capítulo 1 da Seção II do Relatório que antecede este Voto;

9.4.12. realize estudo para reestruturar os limites geográficos dos DSEI, dada às dificuldades de logística, por exemplo, nos DSEI Mato Grosso do Sul, Médio Rio Solimões e Yanomami, conforme discutido no 1.4.1 e 1.4.2 do Capítulo 1 da Seção II deste relatório;"

CÓPIA

4. As citações do voto do Ministro Relator são:

Relatório do Ministro Relator

Seção II - CAPÍTULOS SOBRE OS TEMAS PRINCIPAIS

CAPÍTULO 1: ESTRUTURA DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA (...)

Cuidam os autos de Relatório da Auditoria Operacional, decorrente dos Acórdãos 1593/2005 - Plenário e 931/2006 - Plenário, sobre a verificação da efetividade na aplicação de recursos federais em ações assistencialistas e de saúde aos povos indígenas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI. Os trabalhos foram realizados no período de 3/6/2008 a 30/1/2009.

2. Reproduzo, a seguir, na íntegra, o Relatório Final elaborado por equipe de auditoria coordenada pela Secretaria de Controle Externo no Estado de Mato Grosso: (...)

1.4 Quanto à estrutura dos DSEI (...)

A distribuição das bases do Subsistema - DSEI - deveria ser reestudada na visão da equipe de auditoria. Alguns DSEI possuem áreas geográficas muito extensas, gerando dificuldades na administração de suas subunidades. DSEI Mato Grosso do Sul, Yanomami e Médio Rio Solimões e Afluentes são exemplos de distritos que enfrentam esse tipo de problema. Dessa forma, seria produtivo rever a distribuição dos DSEI, considerando, principalmente, a possibilidade de facilitar a logística dentro de sua área de competência. O reestudo poderia, hipoteticamente falando, dividir, juntar, criar e até mesmo extinguir DSEI. A experiência desses nove anos de criação do subsistema poderia gerar importantes subsídios para a reestruturação desses distritos.

O DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes tem sua sede no município de Tefé e sua área de abrangência compreende ainda os municípios de Alvarães, Carauari, Coari, Eirunepé, Envira, Ipixuna, Itamarati, Japurá, Juruá, Jutai, Maraã e Uarini. Esses municípios possuem uma população de 41.446 índios, distribuídos em 176 comunidades indígenas e atendidos em 14 pólos base.

Figura 3: Mapa do DSEI Médio Rio Solimões e Afluentes. Exemplo de DSEI com área geográfica muito extensa.

1.4.2 No item 4.1 do anexo da Portaria GM 254/2002, existem alguns critérios que deveriam ser considerados nessa proposta de reestudo da distribuição dos DSEI: "A definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas deverá levar em consideração os seguintes critérios: população, área geográfica e perfil epidemiológico; disponibilidade de serviços, recursos humanos e infra-estrutura; vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional; distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas." (grifo nosso)

1.4.3 Os Distritos Sanitários estão isolados uns dos outros. Em algumas situações, eles enfrentam os mesmos problemas, mas utilizam soluções diversas para solucioná-los. Fica claro, em alguns casos, a falta de diálogo entre os gestores. Esse contato ajudaria na troca de experiências e traria sinergia ao Subsistema. O combate aos agravos, por exemplo, requer medidas sanitárias tomadas por dois distritos vizinhos. É necessário que haja maior interação entre os DSEI, para que a saúde do índio realmente sofra a intervenção de um sistema, que pensa de forma sistêmica os problemas enfrentados e as possíveis soluções a serem encontradas.

1.4.4 Segundo o pesquisador do Instituto Nacional de Pesquisa da Amazônia - INPA, Professor Victor Py Daniel, a atuação dos DSEI deve ser revista, considerando, o máximo possível, a realidade das dinâmicas populacionais nessa integração. Existem DSEIs que concentram populações de uma determinada etnia que podem manter relações com outras, de Distritos diferentes. Assim como, existem DSEIs nos quais as populações normalmente não mantêm relações com outras etnias e assim por diante. Os níveis de ajustes epidemiológicos devem ser apropriados para essas diferentes realidades. Um exemplo real, dessa visão epidemiológica do problema, pode ser constatado entre o DSEI Vale do Javari e o DSEI Médio Solimões e Afluentes. Geograficamente, existe uma grande área de contato entre as Terras Indígenas Mawetek e Terras Indígenas Vale do Javari, permitido assim um fluxo contínuo entre as populações Kanamari, que historicamente possuem a mesma origem e mantém trocas familiares. Como esses povos indígenas estão mais no médio e alto Itaquai, as proximidades geográficas foram mantidas, por mais que administrativamente os DSEIs não permitam tal visualização. Dessa forma, as dinâmicas populacionais devem ser estudadas e, conseqüentemente, provocar ajustes nas ações de saúde realizadas pelos DSEI."

CÓPIA



5. Passamos a comentar em conjunto as recomendações 9.4.11 e 9.4.12. O Subsistema de Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde está organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI –, considerados como pontos de referência para as atividades de planejamento, organização e operacionalização, baseadas nas necessidades locais de saúde e com diretrizes de desenvolvimento provenientes do nível central.

6. A criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas em 1999 é um avanço aplaudido pelos movimentos indígena, indigenista e sanitário, sendo um eficiente meio de garantir a descentralização das ações, o controle e a participação social e a atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas.

7. A definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, atualmente, leva em conta os seguintes critérios de organização:

- (1) população, área geográfica e perfil epidemiológico;
- (2) vias de acesso aos serviços instalados na localidade e à rede regional do SUS;
- (3) relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade de entorno;
- (4) distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas – que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas -; e
- (5) disponibilidade de serviços, recursos humanos e infra-estrutura nos serviços de retaguarda.

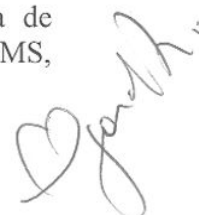
8. Portanto, a definição territorial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas ao mesmo tempo que incorpora ao SUS o respeito à diversidade e distribuição espacial dos povos indígenas, cultural e historicamente determinada e diversa da divisão política em unidades federativas, respeita o conceito de regionalização da rede de serviços do SUS, podendo ser útil para a estratégia de consolidação desta.

9. Por outro lado, a criação de novas unidades institucionais necessariamente envolve a criação de cargos, alteração da estrutura institucional e previsão orçamentária, dependendo de Lei. Além disto, a replicação de estruturas administrativas não significa necessariamente melhora de serviços. A divisão dos Dsei em pólos-base permite uma especificidade no planejamento, possibilitando o dimensionamento das necessidades particulares de regiões e povos. Revisões quanto à área de abrangência dos distritos existentes podem ser feitas em acordo pelos próprios distritos, sempre com a anuência dos respectivos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

10. No sentido de conferir autonomia aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas a Funasa formulou proposta baseada nos seguintes pontos e providências:

- a) Transformação dos Dsei em unidades descentralizadas da Funasa, deixando de ser subordinadas às Coordenações Regionais. Foi feita proposta de alteração do Decreto no. 4.727/2003, por meio do Aviso no. 1128/GM/MS,

CÓPIA



- d) Cumprimento do Termo de Conciliação Judicial (MPOG, MS, FUNASA, MPT) assinado em 10/7/2008. Em 2009 deve-se substituir 1.624 trabalhadores terceirizados por ONGs e prefeituras.

Metas de substituição de terceirizados na saúde indígena, conforme Termo de Conciliação Judicial assinado nos autos do Processo no. 00751-2007-018-10-00-4, da Justiça do Trabalho.

Função	Total de Vagas	Meta 2009	Meta 2010	Meta 2011	Meta 2012
Gestão da Saúde Indígena					
NS	623	411	153	32	27
NI	405	113	144	135	13
Gestão da Saúde Indígena	1.028	524	297	167	40
Atenção à Saúde Indígena					
NS	1270	254	254	254	508
NI	4232	846	846	846	1694
Atenção à Saúde Indígena	5.502	1.100	1.100	1.100	2.202
Total	6.530	1.624	1.397	1.267	2.242
Percentual em relação ao total		24,9%	21,4%	19,4%	34,3%

Fonte: Proposta de recomposição da força de trabalho da Funasa/Coder/Cgerh/Deadm/Funasa, 2008.

- e) Plano de Carreiras ou Incentivo específico para o trabalho em saúde indígena, visando à valorização, a qualificação e o estímulo à permanência de servidores na saúde indígena.

A Funasa participou em 2006 do “GT com o objetivo de promover estudos e propor soluções com vistas à criação de carreira funcional para a área indigenista, no âmbito da administração pública federal”, instituído pela Portaria No. 756/MPOG/2006, DOU 18/05/2006. O MPOG não deu continuidade na proposta de carreira transversal.

O debate sobre a necessidade de uma carreira específica para o trabalho em saúde indígena está pautado no âmbito do GT criado pela Portaria no. 3034/2008/MS.

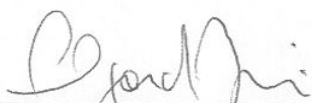
11. Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde instalou em conjunto com a Funasa um debate sobre a reorganização institucional da saúde indígena, com a perspectiva de criação de uma Secretaria específica para o tema na estrutura ministerial. Para elaboração dos estudos em conjunto com as representações indígenas, foi instituído o GT “com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde, no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas”, criado pela Portaria no. 3034/2008/MS, para definição do processo de transferência da saúde indígena da Funasa para o Ministério da Saúde. Os trabalhos do GT estão em curso, com a definição de uma proposta de estrutura e funções mínimas para os Dsei autônomos e a realização de consultas regionais com ampla participação indígena e acompanhamento pelo Conselho Nacional de Saúde. Este trabalho aponta para a transferência das ações de saúde indígena da

CÓPIA

Fundação Nacional de Saúde para uma nova secretaria no Ministério da Saúde, a criação de um Plano de Carreiras para a Saúde Indígena, inclusive com a criação de novas vagas no quadro de pessoal do MS, o cumprimento do Termo de Conciliação Judicial para substituição de terceirizados na saúde indígena, inclusive com a realização de concursos públicos.

12. Como visto, os Dsei foram criados em 1999 após um debate nacional com os povos indígenas sem receber desde então, no entanto, quadro funcional para a execução direta ou adequada estrutura de gestão. O esforço institucional atual está voltado para a estruturação dos Dsei existentes para torná-los autônomos e com maior capacidade de realização de sua autoridade sanitária, fato que por si deve resultar na melhoria de serviços e alterar a percepção da necessidade de criação de novos Dsei.

Em Brasília, 19 de agosto de 2009.



Edgard Dias Magalhães
Antropólogo - SIAPE 1224320
Mestre em Política Social

De acordo.
Brasília, _____ de agosto de 2009.

CÓPIA