

**Fonte:**

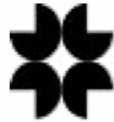
<https://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/6412?mode=full>



Institute of  
Development Studies



SAÚDE SEM LIMITES



Centro Brasileiro de Análise e Planejamento  
CEBRAP

Consórcio IDS-SSL-Cebrap

*Diagnóstico Situacional  
do Subsistema de Saúde Indígena*

**Relatório Inicial**

(revisado)

Abril de 2009

# **Créditos**

## **Relatório Inicial do Diagnóstico**

Coordenação Geral: Alex Shankland

Coordenação Técnica: Vera Schattan

Diagramação: Demian Nery

### **Análise de Contexto:**

Alex Shankland, Ana Beatriz Miraglia, Andrea Martini, Renato Athias, Juliana Rosalen, Marta Azevedo, Rômulo Paes e Ivone Menegolla

### **Componente Organização:**

Vera Schattan (coordenadora), Juliana Rosalen, Paulo Paes e Renato Athias

### **Componente Atenção:**

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

### **Componente Gestão:**

Armando Raggio (coordenador – revisão do diagnóstico), Nicanor Pinto (coordenador – fase inicial do diagnóstico) e Paulo Morais

### **Componente Financiamento:**

Geraldo Biasoto (coordenador), Luciana Teixeira e Douglas Rodrigues

### **Componente Monitoramento e Avaliação:**

Rômulo Paes (coordenador) e Marta Azevedo

# Índice

<b>Siglário.....</b>	<b>4</b>
<b>Sumário Executivo .....</b>	<b>8</b>
<b>Apresentação .....</b>	<b>24</b>
Notas sobre as fontes de informações.....	26
<b>Parte I Análise de Contexto.....</b>	<b>29</b>
<b>1.1 A Saúde Indígena no Mundo.....</b>	<b>29</b>
<b>1.2 Situação demográfica dos povos indígenas no Brasil.....</b>	<b>32</b>
<b>1.3 Perfil epidemiológico das populações indígenas no Brasil.....</b>	<b>38</b>
<b>1.4 Contexto histórico, social e político .....</b>	<b>44</b>
1.4.1 Breve histórico das relações das sociedades indígenas com a sociedade nacional.....	44
1.4.2 Aspectos das relações políticas entre os povos indígenas e a sociedade envolvente com relevância para o Subsistema .....	48
1.4.3 Interculturalidade e articulação de sistemas médicos.....	51
<b>1.5 Histórico da atenção à saúde indígena no Brasil .....</b>	<b>52</b>
<b>Parte 2 Análises Situacionais por Área.....</b>	<b>57</b>
<b>2.1 Análise Organizacional .....</b>	<b>57</b>
2.1.1 Situação geral.....	57
2.1.2 Bases legais da estrutura do SUS e subsistema de saúde indígena.....	59
2.1.2.1 Áreas Priorizadas pelo Marco Normativo do Subsistema de Saúde Indígena.....	61
2.1.2.2 Organograma do Subsistema: Articulações e Atribuições .....	64
2.1.2.3 Controle Social e Político .....	78
2.1.2.4 Comentários sobre a estrutura institucional.....	82
2.1.2.5 Breve Balanço.....	82
2.1.2.6 Problemas .....	84
<b>2.2 Análise da Atenção .....</b>	<b>87</b>
2.2.1 Universalidade de acesso aos serviços de saúde e diversidade cultural: desafios para um modelo de atenção (diferenciada) à saúde indígena .....	87
2.2.2 Marcos conceituais: princípios e diretrizes da atenção básica à saúde indígena ....	88
2.2.3 Características gerais da rede de serviços .....	91
2.2.4 Capacidade instalada (equipamentos e infra-estrutura física) .....	96
2.2.5 Capacidade instalada (recursos humanos).....	98
2.2.6 Suprimento de insumos .....	99
2.2.7 O planejamento das atividades e dos serviços prestados.....	99
2.2.8 Organização dos processos de trabalho e práticas sanitárias.....	100
2.2.9 Protocolos de procedimentos, ações e rotinas dos estabelecimentos e qualidade dos serviços. ....	101
2.2.10 Articulação com a rede de média e alta complexidade .....	102
2.2.11 Considerações gerais e desafios estratégicos .....	103
<b>2.3 Análise da Gestão .....</b>	<b>112</b>
2.3.1 Gestão em saúde: aspectos conceituais e metodológicos .....	113
2.3.2 Instâncias de gestão do SSI-SUS: funções e atribuições .....	115
2.3.3 Relações interinstitucionais e processos de pactuação .....	125
2.3.4 Processos de planejamento.....	129
2.3.5 Incentivos, desempenho e gestão por resultados .....	133
2.3.6 Capacidade atual de gestão .....	134
2.3.7 Os Recursos Humanos do Subsistema de Saúde Indígena SSI.....	135

<b>2.4</b>	<b>Análise de Financiamento.....</b>	<b>151</b>
2.4.1	Execução Orçamentária.....	151
2.4.2	Formas de Repasse de Recursos para a Saúde Indígena .....	154
2.4.3	Desafios .....	163
2.4.4	Principais Aspectos do Financiamento.....	168
<b>2.5</b>	<b>Análise de Monitoramento e Avaliação .....</b>	<b>170</b>
2.5.1	Sistema de Monitoramento da Funasa.....	170
2.5.2	Funcionalidade do SIASI (3.0).....	172
2.5.3	Estudo Demográfico da População Indígena através dos dados do SIASI .....	180
2.5.4	Sistemas alternativos de monitoramento da saúde indígena.....	188
2.5.5	Sistemas de avaliação .....	189
2.5.6	Conclusões e Recomendações.....	194
<b>Parte 3</b>	<b>Dados das Oficinas Regionais e Estudos de Caso .....</b>	<b>199</b>
<b>3.1</b>	<b>Processo: apresentação das Oficinas Regionais e Estudos de Caso. 199</b>	
3.1.1	Descrição: .....	199
3.1.2	Objetivos propostos no Plano de Oficinas:.....	200
3.1.3	Participantes: .....	200
3.1.4	DSEIs participantes e locais de realização: .....	200
3.1.5	Período e número de participantes das Oficinas Regionais (conforme lista de presença fornecida pela Funasa):.....	201
3.1.6	Conteúdo previsto: .....	201
<b>3.2</b>	<b>Auto-avaliação da Atenção à Saúde dos DSEIs .....</b>	<b>202</b>
<b>3.3</b>	<b>Priorização dos Pontos Críticos Notados no Diagnóstico .....</b>	<b>212</b>
	<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>218</b>

## **Siglário**

ACD – Atendente de Consultório Dentário  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
AIS – Agente Indígena de Saúde  
AISAN – Agente Indígena de Saneamento  
ASTECC – Assessoria Técnica  
CadÚnico – Cadastro Único para Programas Sociais  
CASAI – Casa de Saúde do Índio  
CBO – Cadastro Brasileiro de Ocupações  
CBVE – Curso Básico em Vigilância Epidemiológica  
Cebrap – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento  
CEP – Código de Endereçamento Postal  
CGASI – Coordenação Geral de Atenção à Saúde Indígena (Funasa)  
CGPAS – Coordenação Geral de Planejamento e Avaliação da Saúde Indígena (Funasa)  
CIB – Comissão Intergestora Bipartite  
CID – Código Internacional de Doenças  
CIMI – Conselho Indigenista Missionário  
CISI – Comissão Intersetorial da Saúde Indígena  
CIT – Comissão Intergestora Tripartite  
CMG – Coeficiente de Mortalidade Geral  
CMI – Coeficiente de Mortalidade Infantil  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos Saúde  
CNPI – Comissão Nacional de Política Indigenista  
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CODER - Coordenação de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos (Funasa)  
COESA – Coordenação de Educação em Saúde (Funasa)  
COMOA – Coordenação de Monitoramento das Ações e Serviços (Funasa)

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CONDISI – Conselho Distrital de Saúde Indígena  
COOPE – Coordenação de Operações e Áreas Indígenas (Funasa)  
COPAS – Coordenação de Apoio à Gestão e Participação Social (Funasa)  
COPSI – Coordenação de Programas e Projetos de Saúde Indígena (Funasa)  
CORE – Coordenação Regional (Funasa)  
COSAI – Coordenação de Saúde do Índio  
COSAN – Coordenação de Saneamento e Edificações em Áreas Indígenas (Funasa)  
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito  
DASB – Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal  
DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde  
DEADM – Departamento de Administração (Funasa)  
DECIT – Departamento de Ciência e Tecnologia (MS)  
DENSP – Departamento de Engenharia de Saúde Pública (Funasa)  
DESAI – Departamento de Saúde Indígena (Funasa)  
DIADM – Divisão de Administração (Funasa)  
DIESP – Divisão de Engenharia de Saúde Pública (Funasa)  
DIREH – Divisão de Recursos Humanos (Funasa)  
DIVEP – Divisão de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde (Funasa)  
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena  
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis  
DSY – Distrito Sanitário Yanomami  
EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena  
ET-SUS – Escola Técnica do SUS  
EVS – Equipes Volantes de Saúde  
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz (MS)  
FNS – Fundação Nacional de Saúde  
Funai – Fundação Nacional do Índio  
Funasa – Fundação Nacional de Saúde  
GM – Gabinete do Ministro  
GT – Grupo de Trabalho  
IAB-PI – Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas  
IAE-PI – Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDS – Institute of Development Studies  
INESC – Instituto de Estudos Socioeconômicos  
ISA – Instituto Socioambiental  
LDB – Lei de Diretrizes Bases da Educação Nacional  
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome  
MJ – Ministério da Justiça  
MP – Ministério Público  
MPF – Ministério Público Federal  
MS – Ministério da Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
ONG – Organização Não Governamental  
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público  
PAB-PI – Piso de Atenção Básica para os Povos Indígenas  
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento  
PACS – Programa de Agentes Comunitários da Saúde  
PBF – Programa Bolsa Família  
PDS – Plano Distrital de Saúde  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas  
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PPG7 – Programa Piloto para a Proteção das Florestas Tropicais do Brasil  
PSFI – Programa de Saúde Familiar Indígena  
RH – Recursos Humanos  
SAADM – Seção de Administração (Funasa)  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAOPE – Seção de Operações (Funasa)  
SAPRO – Seção de Análise de Projetos (Funasa)  
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde/MS (MS)  
SB Brasil – Saúde Bucal Brasil  
SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (MS)  
SEADM – Seção de Administração (Funasa)  
SECAP – Setor de Capacitação das Coordenações Regionais (Funasa)  
SECAV – Setor de Acompanhamento e Avaliação (Funasa)



SENARC – Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (MDS)  
SERAD – Serviço de Apoio Administrativo (Funasa)  
SGTES – A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (MS)  
SIASI – Sistema de Informação de Saúde Indígena  
SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde  
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional  
SISVAN-INDÍGENA – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas  
SPI – Serviço de Proteção aos Índios  
SSI – Subsistema de Saúde Indígena  
SSL – Associação Saúde sem Limites  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde (MS)  
TBVE – Tratamento Básico em Vigilância Epidemiológica  
THD – Técnico de Higiene Dental  
TI – Terra Indígena  
UF – Unidade Federativa  
UGP – Unidade de Gerência de Projeto  
VIGISUS – Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde no Sistema Único de Saúde

## Sumário Executivo

O presente documento resume as conclusões da fase inicial do Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena, realizado pela equipe do Consórcio IDS-SSL-Cebrap no âmbito da Consultoria das Metas e dos Modelos de Atenção, Gestão, Financiamento, Organização e Monitoramento & Avaliação (Projeto VIGISUS II / FUNASA).

Nesta fase inicial, as análises estão baseadas principalmente nos estudos, relatórios e dados publicamente disponíveis e/ou disponibilizados pela FUNASA. Para complementar estas informações, elaborou-se um Questionário de Caracterização dos DSEIs, que foi enviado pela Secretaria-Executiva do GT de Acompanhamento da Consultoria aos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas, e respondido por 27 destes até a data de elaboração deste Relatório. A equipe agradece a colaboração dos membros do GT, de outros técnicos da FUNASA/Brasília e das equipes dos DSEIs no fornecimento destas informações.

Na apresentação, observa-se que as bases de dados existentes apresentam alguns problemas quanto à cobertura, a confiabilidade e aos níveis de agregação. Isto limita o escopo para que se possa chegar a conclusões robustas quanto aos perfis epidemiológico e demográfico da população indígena.

Na fase seguinte da Consultoria, o Diagnóstico aqui apresentado será complementado com informações de gestores, técnicos e representantes de usuários de todos os DSEIs, através de discussões em cinco Oficinas Regionais, e de levantamentos *in loco* a serem realizados através de uma série de Estudos de Caso nas diferentes regiões.

## I Contexto

Conforme especificado pelo Termo de Referência da Consultoria, o relatório inicia com uma série de análises acerca da situação da saúde indígena no Brasil e no mundo, e do contexto histórico, demográfico, cultural e político-institucional no qual o Subsistema está inserido.

Na análise da **situação da saúde indígena no mundo**, observa-se que em todos os continentes os povos indígenas padecem de indicadores de saúde inferiores aos da população em geral. Mesmo países de renda per capita bem mais alta que o Brasil vêm enfrentando grandes dificuldades em estruturar sistemas capazes de reverterem as desigualdades em saúde entre seus cidadãos indígenas e não-indígenas. Neste contexto, é louvável o esforço que o Brasil vem fazendo para reverter estas desigualdades e resgatar a dívida histórica com os povos indígenas através da adoção de uma Política Nacional avançada e da realização de investimentos significativos para dotar o Subsistema dos recursos institucionais, humanos e materiais necessários para a sua plena implementação.

Na análise da **situação demográfica dos povos indígenas no Brasil**, observa-se que diferentemente de outras populações no mundo, os povos indígenas do Brasil se encontram num processo de acelerado crescimento populacional. Segundo dados do SIASI de 2008, vivem no Brasil 528.603 mil índios cadastrados pela FUNASA (sendo a grande maioria aldeados / habitantes das terras indígenas), distribuídos entre 225 povos indígenas, que perfazem cerca de 0,25% da população brasileira. Os aglomerados populacionais que caracterizam esses povos são comumente de pequeno porte, 28% dos povos são constituídos por até 200 pessoas, 40% tem entre 200 e 1000 pessoas, e apenas 3 povos indígenas apresentam mais de 20 mil pessoas. Além desses, há estimativa de que existam entre 100 e 190 mil índios vivendo fora das terras indígenas e 63 referências de grupos indígenas ainda não-contatados. Altos níveis de fecundidade, aliados à queda – ainda que lenta – dos níveis de mortalidade estão sendo mantidos nos últimos 10 anos pelo menos. A taxa de crescimento está sendo estimada em 3,5% ao ano. Este fenômeno demográfico tem sido definido enquanto “recuperação demográfica”, ocorrendo após um longo período de perdas populacionais. Vale notar que a situação de alguns povos indígenas (sobretudo os de contato mais recente) difere

deste padrão geral; estes grupos padecem de situação de grande vulnerabilidade demográfica em função da pequena população total e da elevada mortalidade associada ao choque epidemiológico e sociocultural do contato.

Na análise da **situação epidemiológica dos povos indígenas no Brasil**, observa-se que os mesmos vêm experimentando uma transição epidemiológica complexa. Alguns povos já apresentam prevalências significativas de morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas associadas às violências e doenças infecciosas, produzindo um padrão polarizado, onde doenças associadas às etapas de processos iniciais da transição epidemiológica convivem com doenças relacionadas às etapas mais avançadas. Este padrão atinge, principalmente, o sexo masculino devido ao aumento do sedentarismo. Outros povos ainda se encontram em padrão de transição marcado por doenças típicas de deficiências no acesso aos bens e serviços públicos e aos mínimos sociais. Destacam-se, as altas prevalências de malária, tuberculose, leishmaniose tegumentar e visceral, e desnutrição entre os menores de 5 anos. Doenças mentais, infanticídio, alcoolismo, e suicídio, constituem-se em patologias importantes e complexas, as quais o poder público tem apresentado enormes dificuldades em responder. A ausência de informações confiáveis sobre a morbimortalidade desses povos tem gerado deficiências na vigilância a saúde da maioria dos povos indígenas. Portanto, os perfis emergentes dessas populações ainda carecem de descrições e análises epidemiológicas mais robustas para que compreendamos os contornos mais nítidos do perfil de morbimortalidade vivenciado por estes povos.

Na análise do **contexto histórico, social e político** observa-se que muito frequentemente na história brasileira os grupos indígenas têm sido vistos pelo Estado como um problema de segurança nacional e como “entraves ao progresso”. A visão assimilacionista/tutelar em relação aos povos indígenas que norteou a criação em 1910 da primeira agência indigenista oficial, o Serviço de Proteção aos Índios – SPI (substituído em 1967 pela Fundação Nacional do Índio – Funai), está presente no Estatuto do Índio de 1966, ainda vigente. No entanto, esta visão foi superada pela Constituição de 1988, que trouxe avanços extremamente importantes no sentido de reconhecer o caráter pluriétnico da nação brasileira e garantir os direitos da população indígena. Estes direitos incluem tanto o acesso (como cidadãos plenos) às políticas públicas universais – inclusive a saúde – como o tratamento diferenciado na implementação destas políticas, que devem reconhecer a sua identidade cultural e suas

formas próprias de organização social. Não obstante estes avanços, como minoria que representa uma pequena fração da população total, os povos indígenas geralmente padecem de marginalização política, seja no Congresso Nacional (onde o Projeto de Lei que atualizaria o Estatuto do Índio tramita há mais de uma década), seja nas administrações municipais. Esta sensação de marginalização, agravada pelos freqüentes conflitos entre os interesses econômicos das elites locais e os direitos territoriais indígenas, contribui fortemente para a resistência indígena a qualquer proposta de “municipalização” das funções atualmente atribuídas ao Governo Federal, resistência esta que é muito marcada no setor de saúde.

Além da desigualdade socioeconômica generalizada entre a população indígena e a não-indígena, existem ainda desigualdades significativas dentro da população indígena, decorrentes da grande heterogeneidade nas situações socioeconômicas vivenciadas por diferentes povos indígenas em diferentes regiões do país. Enquanto que 99% da extensão total das Terras Indígenas estão situadas na Amazônia Legal, onde vivem cerca de 60% da população indígena brasileira, os outros 40% vivem confinados em 1% da extensão das terras localizadas nas porções leste, Sudeste, Sul e Nordeste do país. Povos que habitam territórios extensos e contínuos, nos quais é possível reproduzirem formas “tradicionais” de ocupação, têm maiores condições de garantir a segurança alimentar do grupo, condições adequadas de saneamento e, portanto, melhores condições de saúde. Por outro lado, o isolamento geográfico maior dificulta o seu acesso aos serviços de saúde e a outros serviços públicos, e a suas relações com a economia de mercado costumam ser mais desfavoráveis. Os povos que habitam terras indígenas pequenas e localizadas nas proximidades de centros urbanos, com altas densidades demográficas e elevadas demandas sociais de consumo, convivem com o esgotamento dos recursos naturais que constituem a base da subsistência, e maior incidência de doenças crônico-degenerativas e de problemas de saúde mental.

Existem ainda desigualdades entre povos indígenas no que tange à sua representação política perante o estado brasileiro e a sociedade nacional, com alguns grupos demonstrando um poder de articulação muito maior, e conseqüentemente um melhor acesso aos recursos e serviços públicos. Embora alguns grupos ainda dependam da representação mediada por ONGs ou pelo órgão indigenista oficial, o número de associações indígenas vem crescendo expressivamente desde 1974, quando ocorreu a primeira Assembléia realizada pelo movimento indígena. Desde então as organizações

indígenas vêm buscando garantir a inclusão da participação indígena nas políticas públicas do Estado, com destaque para a defesa dos territórios e a saúde.

Pode-se dizer, de modo geral, que o maior tempo de contato com a sociedade nacional leva a uma melhor compreensão por parte dos povos indígenas do Subsistema de Saúde Indígena, das suas regras, códigos e práticas. Contudo, é preciso enfatizar, que o maior tempo de contato não implica necessariamente em melhores condições de acesso aos serviços de saúde por parte destes povos. No contexto nacional, há uma grande diversidade de configurações, regionais e locais, das relações dos povos indígenas com o Subsistema. Em geral, constata-se que apesar da Constituição e da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena apontarem para a centralidade da dimensão intercultural, que deveria orientar o modelo organizacional dessa política pública voltada para um grupo etnicamente diferenciado de um estado que se reconhece como pluriétnico, o sistema administrativo e organizacional institucionalizado ainda não encontrou formas de dialogar diretamente com seu público diferenciado, e nem referenda, de fato, os sistemas locais na construção de novos paradigmas. Estes sistemas locais incluem os conhecimentos e as práticas tradicionais de cura, tema recorrente das propostas indígenas apresentadas nas Conferências do Subsistema, que segundo a Política Nacional deve promover uma “articulação” com estes conhecimentos e as práticas. O Projeto VIGISUS II, através do apoio ao Componente de Medicina Tradicional Indígena da FUNASA, viabilizou uma série de atividades nesta área que mereceriam atenção cuidadosa por parte dos gestores de saúde indígena. No entanto, até a presente data, não há evidências de que os DSEIs tenham absorvido as principais questões da saúde indígena com relação a articulação a um “sistema médico indígena”, no sentido de efetivar ações públicas coerentes com as medicinas indígenas existentes em seus territórios, sendo que o ônus da adequação tem ficado com os povos indígenas, que vêm se adaptando aos modelos médicos e sanitários da sociedade nacional.

Na análise do **histórico da atenção à saúde indígena no Brasil** observa-se que desde o período inicial do contato entre europeus e indígenas até o início do século XX, quando a chamada “questão indígena” passou a ser abordada por meio de uma política oficial de “pacificação” e “assistência” laica operacionalizada pelo Estado através do SPI, a assistência à saúde do índio correspondia a um complemento assistencial dependente da política de catequese, ou do uso da medicina tradicional

indígena. Ao longo do tempo, foi ficando cada vez mais evidente que a população indígena demandava uma estrutura específica para o atendimento aos seus problemas, em particular os de saúde, devido a fatores: 1. culturais e operacionais - como áreas de difícil acesso e que sofrem pressões (ambientais e sociais) decorrentes de frentes econômicas predatórias -; 2. epidemiológicos - como falta de “memória imunológica” dos grupos de contato recente para as doenças infecciosas que causam altos índices de mortalidade - e 3. por motivos políticos, em decorrência da discriminação social e de visões estereotipadas dos indígenas como "selvagens" e "preguiçosos" que até a atualidade persistem em muitos contextos de relações interétnicas entre povos indígenas e a sociedade envolvente. A FUNAI adotou um modelo baseado em “Equipes Volantes de Saúde”, que desenvolviam ações emergenciais de combate às epidemias e recebiam apoio do Ministério da Saúde nos esforços de controle de doenças endêmicas. A FUNAI ainda mantinha algumas atividades de assistência permanente através dos seus Postos Indígenas e de convênios com entidades governamentais e não governamentais, mas até meados da década de 80 as deficiências desta estrutura haviam-se tornado evidentes e a mobilização em prol de um novo sistema começou a ser desencadeada por setores dos movimentos indígena, indigenista e sanitário.

A I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada em 1986, afirmou a necessidade de implementação de um sistema de atenção diferenciada que garantisse aos povos indígenas o acesso aos serviços de saúde e, simultaneamente, a sua participação nas políticas de saúde. Estas propostas foram reafirmadas e aprofundadas pela II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas no ano de 1993. Foi nestes eventos que tomou corpo o modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Com a promulgação da Constituição Federal em 1988 e a Lei Orgânica da Saúde em 1990, ficou definido que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser exercida pelo Ministério da Saúde (MS). No entanto, no âmbito do SUS não estava estabelecido a forma como a saúde das populações indígenas seria integrada ao Sistema. No ano de 1991, o Decreto nº 23/91 determinou alguns elementos para um novo modelo assistencial baseado nos princípios do SUS que deveria ser coordenado pela recém-criada Fundação Nacional de Saúde (FNS), em conjunto com a FUNAI e com organizações religiosas, universidades, centros de pesquisa e organizações indígenas e indigenistas. Esta fase de transferência de boa parte da assistência à saúde indígena da FUNAI para o MS – período que se estendeu de 1990 a

1998 – foi explicitamente marcada pela relação conflituosa entre estes dois atores institucionais pelo controle da saúde indígena. Em 1994 o Decreto nº 23/1991 foi revogado pelo Decreto nº 1.41/94, o que na prática significou a devolução da coordenação da saúde indígena à FUNAI, sendo que ainda cabiam ao Ministério da Saúde as ações de prevenção. Apenas no ano de 1999, com o Decreto nº 3156/99 e a chamada “Lei Arouca” de nº 9.836 proposta pelo deputado federal Sérgio Arouca e elaborada com base no relatório final da II Conferência, é instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A partir de 1999 são implementados 34 DSEIs ao redor do país, com a responsabilidade de gestão sendo atribuída pelo MS à Fundação Nacional de Saúde (agora denominada FUNASA). Face às restrições sobre a capacidade da FUNASA de recrutar recursos humanos para a execução direta, e dentro de uma estratégia que visava a descentralização dos serviços de atenção, ficou determinado que os DSEIs funcionariam por meio de convênios estabelecidos com organizações da sociedade civil, associações indígenas e indigenistas e com alguns municípios. Após uma série de denúncias sobre mau uso de recursos por algumas entidades conveniadas, em 2004, com as portarias nº 69 e nº 70, a FUNASA retoma a execução direta do atendimento, reduzindo a participação e o papel das organizações conveniadas, que passaram a ter como uma das suas principais atribuições a contratação e administração de pessoal. Ao mesmo tempo, começa um expressivo crescimento no volume de recursos transferidos diretamente pelo MS aos municípios com população indígena para financiamento das ações de atenção básica à saúde das comunidades indígenas. Esta estrutura dual perdura até o presente momento, quando em Setembro de 2008, por meio da Portaria no. 1922/2008, o Ministério da Saúde cria um Grupo de Trabalho para “discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à atenção a saúde dos povos indígenas, visando a incorporação de competências e atribuições procedentes da Fundação Nacional de Saúde nessa área”.



## 2 Análises Situacionais por Área

A segunda parte do Relatório contém um conjunto de análises específicas dos aspectos de Organização, Atenção, Gestão, Financiamento e Monitoramento & Avaliação. Estas análises enfocam a descrição sistematizada dos atuais modelos, e abordam aspectos específicos identificados no Termo de Referência da Consultoria.

### 2.1 Análise Organizacional

A análise do atual modelo organizacional apresenta a estrutura institucional do Subsistema de Saúde Indígena. Inicialmente é feita uma rápida revisão da legislação onde são indicadas as áreas que vêm sendo priorizadas pela FUNASA na gestão do subsistema. A seguir apresenta-se o organograma do subsistema descrevendo-se as atribuições dos diferentes componentes e as relações intra e interinstitucionais. Finalmente elencam-se os mecanismos de controle social e político existentes.

A revisão da **legislação** está centrada numa sistematização das principais portarias emitidas no período 1999-2008, que aponta: a crescente importância dos programas de Saúde do Ministério na estruturação do subsistema (confirmado tanto pelo número de portarias que os regulamentam quanto pelo espaço crescente reservado a esses programas nos planos distritais); o debate acerca da organização dos DSEIs (centrado nos temas área de abrangência e funções, sinalizando para um debate central entre os que trabalham com Saúde Indígena sobre autonomia dos DSEIs versus municipalização); e com menos ênfase, mas ainda com destaque, os temas de recursos humanos, da criação de infra-estrutura sanitária e de postos de Saúde, do controle social e dos convênios. No seu conjunto essas portarias atestam o enorme esforço feito ao longo dos últimos nove anos para a construção de um arcabouço legal e institucional para o Subsistema de Saúde Indígena.

A descrição das **relações intra e intersetoriais** mostra um quadro institucional complexo onde várias organizações estatais, públicas, agências de cooperação e ONGs devem se coordenar para garantir o adequado funcionamento do Subsistema de Saúde Indígena. A análise das relações intrassetoriais do subsistema aponta para vários problemas, entre as quais: o papel das Coordenações Regionais

(COREs), onde a débil articulação entre os fluxos de recursos, de planejamento e de avaliação tendem a comprometer seu desempenho; os fluxos de planejamento e avaliação, onde o esforço de aperfeiçoamento e padronização dos Planos Distritais parece estar parcialmente comprometido pelo fato dos fluxos de planejamento e avaliação estarem descolados dos fluxos de financiamento; e a multiplicidade de fluxos financeiros, que dilui as linhas de autoridade e torna mais difícil controlar a qualidade dos serviços prestados pelo Subsistema.

O levantamento dos **mecanismos de controle social e político** aponta fragilidades importantes do Subsistema de Saúde Indígena. Embora um esforço digno de nota tenha sido feito para garantir o estabelecimento das instâncias de controle social caberia indagar tanto sobre sua efetividade, quanto sobre sua capacidade de atuar como um mecanismo de controle político sobre o Subsistema. O Subsistema aparece como uma estrutura parcialmente insulada do veredicto das urnas e o seu controle fica dependente, sobretudo, dos controles técnicos e administrativos o que aponta para a importância de se buscar combinar de forma sistemática controles técnicos, políticos e sociais.

## **2.2 Análise da Atenção**

A análise do atual modelo de atenção apresenta os princípios norteadores deste modelo, estabelecidos na legislação do SUS e na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. A seguir, apresenta-se uma descrição dos serviços de saúde prestados às comunidades indígenas e um perfil de sua capacidade instalada (infraestrutura, equipamentos e recursos humanos), e uma análise do suprimento de insumos, com especial ênfase na Assistência Farmacêutica. Finalmente, analisa-se o processo de planejamento, a organização dos processos de trabalho e as práticas sanitárias, os protocolos de procedimentos, ações e rotinas dos estabelecimentos e a qualidade dos serviços.

Na apresentação dos **princípios norteadores do atual modelo de atenção**, observa-se que existem políticas nacionais baseadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade que buscam reduzir as diferenças das condições de saúde. No entanto, há pouca clareza sobre o que seria um modelo de atenção diferenciada à saúde indígena, prevalecendo a concepção dos distritos como modelo organizacional e práticas centradas nos procedimentos médico-curativos.

Na descrição dos **serviços de saúde e de sua capacidade instalada**, observa-se que há grande deficiência de infra-estrutura, meios de transporte e comunicação. Há ainda dificuldades para se assegurar o suprimento regular de insumos, sendo que 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. Discute-se ainda a dificuldade na fixação de profissionais de saúde, principalmente na Amazônia, e observa-se que, ainda que a formação de agentes indígenas de saúde tenha sido proposta como estratégia de organização dos distritos e de aproximação entre profissionais de saúde e povos de diferentes culturas, não tem sido encarada como prioridade.

Na análise do **planejamento e organização da atenção**, conclui-se que o processo de planejamento não permite ainda uma descrição das necessidades e problemas de saúde e adequação de recursos, atividades e metas. Ainda que sejam notadas melhorias na organização dos serviços em terras indígenas, estes têm ainda pouca capacidade resolutiva.

### **2.3 Análise de Gestão**

A análise do atual modelo de gestão inicia com uma reflexão sobre conceitos e práticas de gestão relevantes para o Diagnóstico. A seguir, situa a gestão do Subsistema de Saúde Indígena em seu contexto dentro do SUS, e delinea as origens e a evolução recente de sua estrutura normativa. Descreve as instâncias de gestão, e aborda as relações interinstitucionais e os processos de pactuação. Analisa ainda os processos de planejamento e o papel de incentivos, desempenho e gestão por resultados, e reflete sobre a capacidade atual de gestão. Finalmente desenvolve-se uma análise situacional dos recursos humanos no Subsistema, enfocando tanto os números e distribuição de pessoal como os processos de capacitação e formação.

A reflexão sobre **conceitos e práticas de gestão** aponta para a importância estratégica de se diferenciar funções de gestão e gerência. No que tange às práticas, observa-se que: (a) como na maioria das organizações, nem tudo que está escrito e normatizado é implementado e, também, nem tudo que é feito ou implementado está documentado; (b) o SSI é relativamente novo e está em pleno processo de construção e aperfeiçoamento; (c) como subsistema do SUS, o SSI deve

seguir normas e instrumentos de gestão gerais e específicos; (d) muitas práticas gerenciais potentes podem estar presentes em estruturas loco-regionais, embora nem todas estejam normatizadas; (e) pelo tamanho e diversidade de situações presentes no país, é de se esperar diferenças de contextos, bem como fatores que facilitam ou dificultam, a implementação de determinados instrumentos e práticas gerenciais levando a resultados distintos.

A descrição das **instâncias de gestão e relações interinstitucionais** delinea as atribuições conferidas à Funasa em geral e especificamente ao Departamento de Saúde Indígena (DESAI), aos DSEIs, às COREs e aos Conselhos Distritais pela legislação que rege o Subsistema. Nota o compromisso recentemente assumido pela Funasa em fortalecer os DSEIs, por meio de uma maior autonomia administrativa e financeira para os mesmos. Analisa o papel da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS e a relação estabelecida pela Funasa com prestadores de serviços terceirizados por meio de convênios, relacionando os problemas identificados nesta relação e a atuação do Ministério Público nesta temática.

Na análise dos **processos de planejamento** observa-se que os Planos Distritais de Saúde têm potência para ser importantes instrumentos de gestão, mas que a estrutura e as práticas institucionais vêm contribuindo para fragilizar essa ferramenta. Nota-se que apesar das muitas dificuldades identificadas na apropriação do Plano Distrital pelos DSEIs, tal apropriação é extremamente importante pois o Plano é institucionalizado como instrumento de gestão e pactuação com outros atores: Conselho Distrital de Saúde Indígena; Secretarias Estaduais de Saúde; Secretarias Municipais de Saúde; e outros órgãos públicos ou entidades não governamentais.

Na análise de **incentivos e gestão por resultados**, descreve-se a evolução recente da regulamentação dos incentivos para a atenção à saúde dos povos indígenas, e observa-se que esta tem tornado alguns mecanismos de financiamento existentes mais transparentes, estabelecendo um novo marco regulatório nas relações entre entes federados, embora também tenha gerado reações contrárias em função do receio sobre a possibilidade dela poder representar um primeiro passo rumo à municipalização da política de saúde indígena no país. Nota-se ainda que não está claro até que ponto os convênios incorporam diretrizes de gestão por resultados, e que um desafio para os Termos de Pactuação é de envolver, além de secretarias municipais, as secretarias estaduais e uma (re)pactuação do acesso à atenção de média e alta

complexidade. Finalmente, nota-se que embora a base de evidências seja escassa, há indicações que a capacidade de gestão atual dos DSEIs encontra-se fragilizada, questão relevante no contexto da orientação para maior autonomia dos Distritos, o que exigirá significativa capacidade de gestão por resultados no âmbito dos convênios e Termos de Pactuação.

Na análise situacional dos **recursos humanos** no Subsistema, nota-se que em observância à diretriz da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena sobre “Preparação de Recursos Humanos para Atuação em Contexto Intercultural”, foram utilizadas várias estratégias para qualificação de RH na saúde indígena até então, mas que essas atividades estão distribuídas em distintos setores na estrutura da Funasa (Presidência, COREs e DSEIs) e pelas Conveniadas. Há um programa estruturado para a formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), com uma proposta baseada na formação em serviço, mas a maioria dos DSEI tem encontrado dificuldades para a realização dos módulos, principalmente das etapas de dispersão. Em dezembro de 2007, segundo os registros do DESAI, estavam atuando nos DSEIs um total de 12.895 pessoas, sendo 1.681 de nível superior (Médico, Enfermeiro, Dentista, Nutricionista, Antropólogos, dentre outros) e 11.214 pessoas de nível médio (Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Técnicos e Auxiliares de Consultório Dentário, Microscopistas, AIS, AISAN, dentre outros). Os indicadores encontrados (número de Profissionais/1000 habitantes), por categoria profissional, além de mostrarem a carência de profissionais em alguns DSEI, mostram uma discrepância acentuada entre eles. Existem poucas informações detalhadas sobre os profissionais que atuam nos níveis administrativos, gerenciais e de gestão do Subsistema, sobretudo nas COREs. Apenas 10,21% do total de pessoal na saúde indígena são servidores da Funasa, sendo que a precariedade do vínculo empregatício é um fator significativo de insatisfação entre os recursos humanos do Subsistema. Iniciativas recentes da Funasa têm priorizado a substituição do pessoal terceirizado com funcionários da instituição, a serem recrutados via processos de contratação e concurso público.

## 2.4 Análise de Financiamento

A análise do atual modelo de financiamento inicia com um panorama global da execução orçamentária. A seguir, passa a delinear as formas de repasses de recursos, que incluem os incentivos para a atenção básica e especializada, os convênios e a execução direta pela Funasa. Conclui com uma análise dos desafios estratégicos para a revisão do modelo de financiamento.

No panorama global da **execução orçamentária**, observa-se que houve um aumento da participação dos recursos da saúde indígena no orçamento do Ministério da Saúde entre 2003 e 2007, sendo que o montante total destes recursos aumentou 154%, em termos nominais, ao passo que, em valores reais, o orçamento disponibilizado, neste mesmo período, dobrou. A tendência de crescimento dos recursos para a saúde indígena tem, no entanto, sofrido uma desaceleração em anos recentes. Em 2007 chegou-se a uma alocação total de recursos de R\$504,2 milhões, equivalente a um gasto *per capita* superior a R\$987, embora o gasto *per capita* entre DSEIs apresentasse desigualdades significativas que, mesmo considerando as particularidades de cada região, podem indicar uma alocação de recursos ineficiente.

Na análise das **formas de repasses de recursos**, observa-se que há uma fragmentação dos recursos entre as fontes de financiamento e prestadores de serviços, dificultando a gestão e o controle. Do total de recursos gastos localmente (descontados os montantes gastos pela Funasa através de compras e contratações centralizadas), 59% foram originários da Funasa e 41% da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). Houve um aumento, ao longo dos anos pesquisados, da participação do incentivo à atenção básica no total dos recursos de incentivos transferidos pela SAS aos municípios. As mudanças recentes na norma que rege as transferências da SAS (definidas na Portaria 2656, de 2007) implicam em redistribuições significativas de recursos entre os DSEIs, mas ainda não foram plenamente implementadas, sendo que a portaria antiga ainda dita as regras para a maioria dos repasses.

A utilização dos convênios como instrumento para a execução de ações e serviços está relacionada à lógica de separação entre financiamento e provimento. Não obstante, as competências necessárias à função do comprador – planificação, controle e de avaliação do cumprimento de contratos – não foram assumidas satisfatoriamente pelas diferentes esferas do governo por motivos variados, especialmente, pela insuficiente capacidade de gestão aliada ao desenho de contratos dissociado do

desempenho e à prestação de contas que recai sobre recursos repassados e não sobre o alcance de metas. Destarte, observa-se que a multiplicidade de fontes e de mecanismos para alocação de recursos tem produzido ineficiências e dificuldades para se atribuir responsabilidades tanto para o gestor dos recursos como para o contratado. Tanto nos incentivos como nos convênios e nos recursos de execução direta, o repasse de recursos é baseado em séries históricas de transferências, desprezando-se os custos das ações e serviços, bem como as necessidades de saúde de cada Distrito.

Na análise dos **desafios estratégicos** para o financiamento, observa-se que recentemente a tendência à centralização da execução dos gastos tem-se intensificado, com a previsão de extinção de convênios até 2012 e aumento das compras centralizadas de insumos. A perspectiva de contratação de pessoal para compor as necessidades de gestão advindas da autonomia distrital, bem como para substituir terceirizados nas funções de atenção à saúde indígena, trará impactos significativos sobre o financiamento, especialmente no que tange à redefinição dos incentivos de atenção básica. A previsão de extinção de convênios e sua substituição pela execução direta pela Funasa de ações e serviços de saúde indígena exigirá o redesenho tanto do financiamento quanto da execução das despesas. Frente a esse cenário, há que se refletir sobre mecanismos para unificar o financiamento da saúde indígena e estabelecer o comando único sobre a execução dos gastos seja por meio de consórcios públicos, seja por meio da criação de um Fundo Distrital de Saúde Indígena aliada a autonomia dos DSEIs.

## **2.5 Análise de Monitoramento & Avaliação**

A análise do atual modelo de monitoramento e avaliação inicia com uma descrição do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e uma avaliação de sua funcionalidade. Prossegue com algumas reflexões sobre os efeitos da qualidade da base de dados sobre a avaliação epidemiológica e com uma discussão sobre formas alternativas de monitoramento da saúde indígena. A seguir analisa a avaliação de programas e ações de saúde na Funasa, e o conjunto de estudos de saúde da população indígena financiados pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) do MS. Finaliza com uma análise das prioridades estratégicas para o fortalecimento dos sistemas de monitoramento e avaliação.

Na **análise do SIASI**, nota-se que o desenvolvimento de uma ferramenta específica que combinasse informações demográficas, epidemiológica, atenção à saúde, e informações gerenciais, tornou esta ferramenta o alvo principal das investidas da Funasa na organização de seu sistema de informações. A versão atual (3.0) do sistema disponibiliza os módulos demográfico, cadastro da população indígena, morbidade e imunização, sendo que a Funasa está em testes para o lançamento da versão 4.0, que contará com os seguintes novos temas: saúde bucal; vigilância nutricional; saúde da mulher e da criança; recursos humanos; e infra-estrutura. Apresenta-se os resultados de uma análise da qualidade da informação, que identifica problemas com a ausência de rotina fonética no preenchimento dos campos nos instrumentos de coleta de dados do SIASI e outros relacionados à inconsistência entre a divisão política do país e à organização territorial dos DSEIs e o formato de armazenamento das variáveis.

Na análise dos **efeitos da qualidade da base de dados sobre a avaliação epidemiológica**, apresenta-se os resultados de uma série de testes cujo objetivo foi de analisar os impactos negativos dos problemas das bases de dados sobre a análise estatística. Conclui-se que há grande dispersão interna dos dados do SIASI, traduzindo-se em uma grande variabilidade das taxas, mesmo dentro de um estado, e ainda que estas variações têm anomalias em relação aos padrões observados para a população em geral nos mesmos estados.

A seguir apresenta-se, como exemplo dos **sistemas alternativos de monitoramento da saúde indígena**, o sistema utilizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) para o acompanhamento do estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa-Família. Nota-se que em dezembro de 2007 62.134 famílias indígenas estavam inscritas no Cadastro Único utilizado pelo MDS.

Na análise da **sistemática de avaliação**, observa-se que esta ainda não foi implementada pela Funasa, sendo que as avaliações disponíveis são resultado de contratações ocasionais, focadas em atividades de curto fôlego, buscando respostas a problemas imediatos da organização, e que as avaliações de maior profundidade parecem estar relacionadas ao encerramento dos ciclos de financiamentos de organismos internacionais.



Ainda na temática de avaliação, analisa-se o conjunto de estudos sobre a saúde dos povos indígenas realizados sob o fomento do DECIT/MS entre 2002 e 2007. A análise indica algumas anomalias, como a concentração de grande parte dos recursos aprovados em algumas instituições e os valores médios baixos dos projetos aprovados. É discutível o grau de apropriação dos resultados pelos gestores dessas políticas, pois poucos projetos tiveram seus resultados publicados e parece não haver uma abordagem sistemática para a discussão destes com a Funasa e com os outros atores do Subsistema. No entanto, avalia-se se que é um sistema consolidado, que dispõe de grandes possibilidades de ajuste para seu melhor aproveitamento pela Funasa.

### **3 Considerações Finais**

A análise situacional conclui com considerações sobre os avanços constatados na implantação do Subsistema, apresenta as oportunidades para a sua consolidação com um quadro de possibilidades para o desenvolvimento dos modelos de atenção, gestão, financiamento, organização e monitoramento & avaliação presentes no subsistema de saúde indígena, e apresenta a abordagem para a definição do conjunto de metas que deve orientar o processo de desenho e implementação destes modelos.

### **4 Anexos**

No final do documento, apresenta-se anexos contendo a proposta inicial das Metas do Subsistema e uma série de textos elaborados pelos especialistas da equipe de consultoria acerca de aspectos específicos dos modelos atuais de organização, atenção, gestão e monitoramento & avaliação.

## **Apresentação**

O Projeto Vigisus II/Funasa tem como um de seus objetivos articular um conjunto de ações para melhorar a qualidade, a eficiência e a satisfação dos povos indígenas em relação aos serviços de saúde.

Para alcançar seus objetivos e promover o fortalecimento institucional para o desenvolvimento da Política de Atenção à Saúde Indígena o Projeto Vigisus está realizando uma consultoria para a 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.

Essa consultoria tem como objetivos completar o diagnóstico situacional da Saúde Indígena, identificar as metas de saúde do Subsistema de Saúde Indígena, os modelos de atenção, de organização, de gestão, de financiamento e de monitoramento e avaliação do Subsistema de Saúde Indígena e apresentar um plano de ação para operacionalização das propostas e apoiar a Funasa na implementação dos modelos.

Os produtos da consultoria permitirão o desenvolvimento contínuo e com qualidade das ações de saúde para a população indígena, por meio do desenvolvimento de propostas adequadas à execução das ações de saúde nos DSEI.

As modalidades de atenção, os tipos de serviços que serão oferecidos, os recursos necessários, a inter-relação entre o Subsistema e os usuários, a relação do gestor com os prestadores de serviços de saúde, a participação comunitária, as articulações intersetoriais, bem como os mecanismos de financiamento, são aspectos fundamentais a serem observados no desenvolvimento dos modelos.

Por sua vez a excelência na gestão está destacada na missão da Funasa e implica no exercício de funções de formulação, coordenação, articulação, negociação, planejamento, implementação, acompanhamento, regulação, controle, avaliação, auditoria e prestação de contas.

O trabalho terá a duração de 12 meses e seus produtos permitirão o aprimoramento e consolidação do Subsistema de Saúde Indígena, com implementação de mecanismos que permitam a realização das ações de saúde nos DSEI e alcance de resultados como: extensão da cobertura e intensificação da qualidade das ações de saúde; governo e a administração baseada no desempenho; implementação de mecanismos de alocação de recursos; modernização institucional e desenvolvimento de elementos do sistema de monitoramento e avaliação.

A consultoria deverá conduzir oficinas de trabalho com a participação de técnicos de todos os setores da Funasa, COREs e DSEIs e lideranças indígenas, Grupo de Trabalho e UGP, para assegurar a participação nos vários níveis do Sub-sistema de Saúde Indígena e também de instituições como Ministério da Saúde e Funai.

Devido à complexidade e importância dessa ação foi criado um Grupo de Trabalho para o acompanhamento da elaboração do Termo de Referência e da realização da consultoria (portaria 797 de 29 de maio de 2006). Esse grupo é formado por técnicos dos diversos setores da Funasa, de Coordenações Regionais, de Distritos Sanitários Especiais Indígenas e de um representante do Fórum de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena.

O processo de seleção da empresa que realizará a consultoria foi concluído em dezembro de 2007. A empresa selecionada foi o *Institute of Development Studies (IDS)* consorciado com o Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – Cebrap e a Associação Saúde Sem Limites – SSL, por haver apresentado a melhor proposta técnica e a melhor proposta financeira. O contrato entre a Funasa e o IDS foi assinado em março de 2008; o Consórcio e sua equipe foram apresentados a representantes dos diversos departamentos da Funasa e de outras instituições na Oficina Inaugural em abril de 2008 e à Missão do Banco Mundial em maio de 2008.

O primeiro Produto da Consultoria, o *Plano de Oficinas*, foi entregue em junho e aprovado na reunião de GT daquele mês. Na seqüência, procedeu-se à construção de um primeiro Diagnóstico do Subsistema de Saúde Indígena, cujos resultados estão apresentados neste Relatório Inicial. Nesta fase inicial, as análises estão baseadas principalmente nos estudos, relatórios e dados publicamente disponíveis e/ou disponibilizados pela Funasa. Para complementar estas informações, elaborou-se um Questionário de Caracterização dos DSEIs, que foi enviado pela Secretaria-Executiva do GT de Acompanhamento da Consultoria aos 34 Distritos Sanitários Especiais

Indígenas, e respondido por 27 destes até a data de elaboração deste Relatório. A equipe agradece a colaboração dos membros do GT, de outros técnicos da Funasa/Brasília e das equipes dos DSEIs no fornecimento destas informações.

Na fase seguinte da Consultoria, o Diagnóstico aqui apresentado será complementado com informações de gestores, técnicos e representantes de usuários de todos os DSEIs, através de discussões em cinco Oficinas Regionais, e de levantamentos *in loco* a serem realizados através de uma série de Estudos de Caso nas diferentes regiões.

### **Notas sobre as fontes de informações**

Além da literatura acadêmica nacional e brasileira, da legislação nacional e dos relatórios e dados disponibilizados pela Funasa e dos resultados do Questionário de Caracterização dos DSEIs, as fontes de informações sobre indicadores demográficos e epidemiológicos utilizadas nesse primeiro relatório do Diagnóstico do Sub-Sistema de Saúde Indígena são:

- a) o próprio SIASI, através da página web; acessamos inúmeras vezes a página web do sistema, foram utilizadas as informações já tabuladas sobre indicadores demográficos e epidemiológicos. O SIASI é o sistema de informações da Funasa/Ministério da Saúde (Fundação Nacional de Saúde), em se baseia em informações coletadas nas comunidades indígenas pelos profissionais de saúde (indígenas e não indígenas) que trabalham no sistema. As principais limitações dessa fonte de informações para efeitos de análises demográficas dos povos indígenas são i) a não explicitação no site do serviço das metodologias de coleta das informações e a não explicitação das metodologias dos cálculos dos indicadores demográfico-epidemiológicos. Ou seja, não sabemos como o programa calcula as taxas de mortalidade, as taxas de fecundidade etc.; portanto, fica muito difícil avaliar esses indicadores. ii) não está disponibilizada a população base para realizarmos os cálculos segundo outras metodologias que não aquelas escolhidas pelo sistema. iii) a sub-enumeração da população de 0 a 1 ano, principalmente do ano anterior àquele pesquisado.
- b) o IBGE/Ministério do Planejamento (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), órgão responsável pela coleta, sistematização e disseminação das

informações sobre estatísticas da população brasileira. O IBGE desde 1991 tem contabilizado a população indígena, através do quesito raça/cor da pele que consta no questionário da amostra dos censos demográficos decenais. As categorias censitárias sobre raça/cor da pele são: branca, preta, parda, amarela e, desde 1991, foi acrescentada a categoria indígena. A metodologia usada para coletar essas informações é a auto-declaração. Justamente esta metodologia de coleta das informações dos censos nacionais é também um limitante para as análises demográficas por povo / etnia, porque a informação coletada é apenas “indígena”, uma categoria genérica que tem origem na época colonial. A outra grande limitação dessa fonte é a não disponibilização das informações censitárias por bases geográficas coincidentes com as terras indígenas ou mesmo com os distritos sanitários especiais indígenas.

- c) a Funai/Ministério da Justiça (Fundação Nacional do Índio) é o órgão responsável pelas políticas indigenistas no Brasil, tem realizado alguns levantamentos populacionais nas Administrações Regionais, porém, as informações não são criticadas nem armazenadas em programas de estatística e, portanto, não são acessíveis ao público em geral. Pudemos ter acesso a algumas informações de totais populacionais por etnia, coletadas pelos técnicos da Funai em seus postos de trabalho nas comunidades. São várias as limitações dessa fonte: i) a Funai não dispõe de postos em muitas aldeias e terras indígenas, por falta de infraestrutura e recursos, o que faz com que a população total por administração regional seja muitas vezes sub-enumerada; ii) a Funai somente conta a população total por comunidade/aldeia, e por terra indígena, e não conta a população por etnia, sexo, idade, domicílio etc. a informação é gerada principalmente para o trabalho da Funai com relação aos processos demarcatórios.
- d) o ISA (Instituto Socioambiental) é uma OSCIP, organização da sociedade civil com utilidade pública, que mantém em seu website uma enciclopédia sobre os povos indígenas no Brasil, além de mapas de cada terra indígena e informações de população (totais populacionais por etnia). As informações sobre população do ISA provém de terceiros, ou seja, são informações disponibilizadas pela Funai, Funasa ou por colaboradores pontuais, que são sistematizadas e georeferenciadas e disponibilizadas pela organização. O Instituto mantém uma base

de dados para efeitos de acompanhamento dos processos de demarcação de terras; a grande limitação dessa fonte é que somente existe a informação sobre população total por terra indígena e por etnia, mas não são disponibilizadas outras informações populacionais por sexo, idade, aldeia, etc.

#### *Limitações das bases de dados*

As bases de dados utilizadas para produção de informações neste relatório são limitadas. Elas possuem as características típicas de sistemas de informação imaturos. No geral, as informações sobre os povos indígenas são baseadas em dados de eventos sub-enumerados, de baixa confiabilidade, sujeitos a duplicidade de registro, e carentes de uma rotina fonética de preenchimento. Agregam-se a isso, as limitações próprias da produção de estatísticas de aglomerados micro-populacionais, quando a variabilidade estatística pode ocorrer devido ao tamanho das amostras. Dessa forma, os resultados, aqui apresentados, devem ser interpretados com cautela.

Algumas vezes, se lançou mão de informações produzidas para povos específicos. As limitações adicionais decorrentes desse expediente se devem a grande heterogeneidade observada entre os povos indígenas, limitando a extrapolação dos achados para população indígena em níveis espaciais de maior agregação (DSEI, Unidades da Federação, Brasil, etc.)

# Parte I **Análise de Contexto**

Conforme especificado pelo Termo de Referência da Consultoria, este relatório inicia com uma série de análises acerca da situação da saúde indígena no Brasil e no mundo, e do contexto histórico, demográfico, cultural e político-institucional no qual o Subsistema está inserido.

## **I.1 A Saúde Indígena no Mundo**

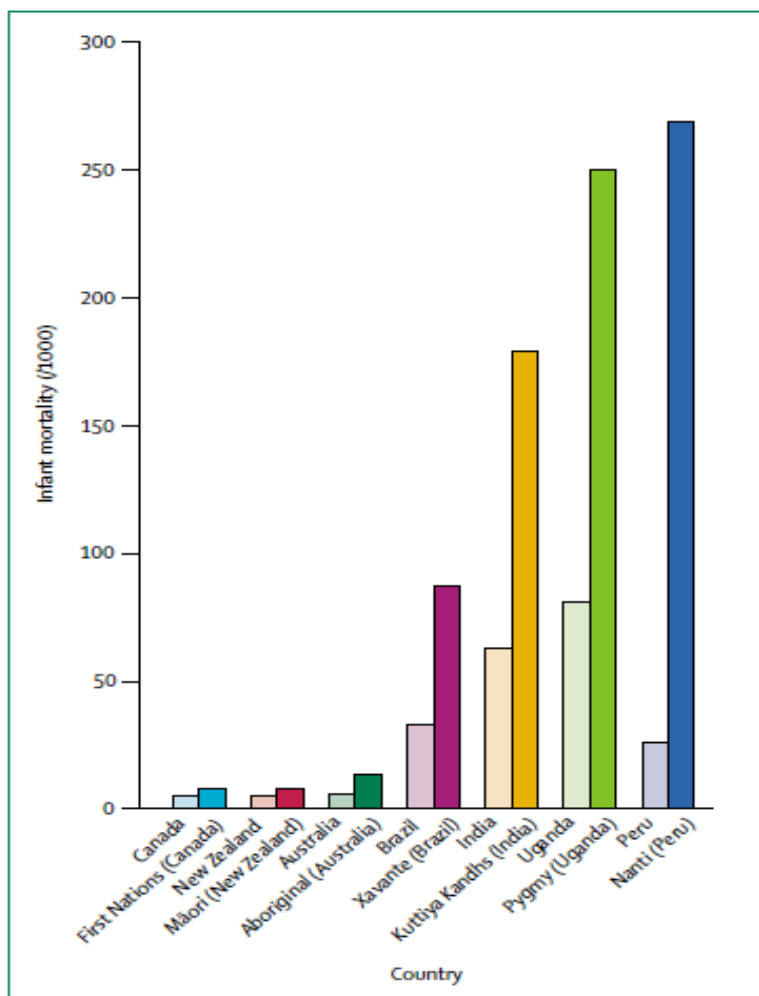
Alex Shankland

Estima-se que hoje vivem no mundo entre 257 milhões e 350 milhões de pessoas indígenas<sup>1</sup>. Os organizadores de uma série de estudos da saúde indígena no mundo publicados na revista médica britânica *The Lancet* classificaram os indicadores de saúde destas populações como “atrás de todo mundo, em todos os lugares” e alertaram para o risco dos altos níveis de morbimortalidade dos povos indígenas serem desconsiderados no esforço global para se alcançar as Metas do Milênio, em função de sua condição de minorias nacionais e da própria “invisibilidade” das identidades étnicas perante muitos sistemas oficiais (Stephens et al. 2006). Embora existam grandes lacunas nas bases de dados disponíveis sobre a situação da população indígena em muitos países, há registros em todos os continentes de grandes disparidades entre os indicadores de saúde dos povos indígenas em relação aos do conjunto das populações nacionais. Na Figura 1.1.1, abaixo, estão apresentados dados sobre coeficientes de mortalidade infantil observados em sete países e cinco continentes.

---

<sup>1</sup> Embora existam controvérsias, sobretudo no continente africano, acerca da definição precisa desta identidade.

Figura 1.1.1 CMI nacional e de povos indígenas: Canadá, Nova Zelândia, Austrália, Brasil, Índia, Uganda e Peru



Fonte: Stephens et al. 2006: 2022

Na América Latina, onde vivem mais de 400 povos indígenas, perfazendo aproximadamente 10% da população da região, existem registros de taxas de mortalidade 3 a 4 vezes superiores às médias nacionais. Os índices de morbidade na região também apresentam grandes disparidades, sobretudo de doenças infecto-contagiosas como a tuberculose; por exemplo, um estudo na Bolívia identificou uma prevalência de TB cinco a oito vezes superior à cifra nacional (Montenegro e Stephens 2006: 1863). Por sua relativa marginalização social e política (em que pesem os avanços conquistados nos últimos anos pelos movimentos indígenas do continente), e por habitarem majoritariamente regiões periféricas mas dotadas de importantes concentrações de recursos naturais, os povos indígenas latino-americanos estão mais vulneráveis aos agravos à saúde decorrentes da exploração mineral, petrolífera e



madeira e da degradação ambiental decorrente das ocupação econômica predatória (ibid.). As desigualdades em saúde observadas na América Latina espelham um conjunto mais amplo de desigualdades sociais e econômicas. Um estudo do Banco Mundial sobre a evolução dos índices de pobreza e desenvolvimento humano entre populações indígenas na América Latina entre 1994 e 2004 concluiu que a probabilidade de uma pessoa indígena viver em condições de pobreza não só era significativamente maior do que a de uma pessoa não-indígena, como também que esta probabilidade havia permanecido praticamente estável ao longo deste decênio, que coincidiu com a Década Internacional dos Povos Indígenas (Hall e Patrinos 2005). O mesmo estudo concluiu que pessoas indígenas, especialmente mulheres e crianças indígenas, tinham um grau de acesso aos serviços de atenção básica à saúde marcadamente inferior ao da população não-indígena.

Em 2006 a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, ligada à Organização Mundial da Saúde, iniciou uma série de estudos sobre saúde indígena no mundo. No Simpósio sobre Saúde Indígena realizada em Adelaide (Austrália) em abril de 2007, pesquisadores e lideranças indígenas identificaram uma série de temas prioritários para reverter as desigualdades existentes, entre os quais constavam: o papel determinante dos processos colonizadores na saúde indígena e a conseqüente importância estratégica da auto-determinação; o descumprimento de acordos e tratados globais sobre os direitos indígenas; a perda do acesso e/ou controle sobre as terras e a degradação dos recursos naturais essenciais para a reprodução biológica, social e cultural das comunidades; as disparidades socioeconômicas, inclusive no acesso à educação; a invisibilidade das populações indígenas nos sistemas nacionais de informação demográfica e epidemiológica; as atitudes racistas e a falta de compreensão quanto às perspectivas indígenas sobre saúde e bem-estar; a necessidade de reformas institucionais para garantir a equidade no acesso às políticas públicas, contemplando o fortalecimento de sistemas de atenção básica à saúde cujo controle fosse exercido pela própria população indígena; e finalmente a importância da cooperação internacional na busca de soluções para problemas que são compartilhados por povos indígenas dos diferentes continentes (Commission on Social Determinants of Health 2007).

Neste contexto, é louvável o esforço que o Brasil vem fazendo para reverter as desigualdades em saúde entre seus cidadãos indígenas e não-indígenas e resgatar a dívida histórica com os povos indígenas através da adoção de uma Política Nacional

avançada e da realização de investimentos significativos para dotar o Subsistema dos recursos institucionais, humanos e materiais necessários para a sua plena implementação. No entanto, a disparidade entre as taxas de morbimortalidade observadas em países de renda per capita alta onde também são feitos investimentos significativos em saúde indígena, como Canadá e Austrália, atesta a dificuldade que se tem enfrentado em estruturar sistemas capazes de reverterem estas desigualdades. Neste sentido, é essencial que os investimentos materiais sejam correspondidos pelos investimentos na geração e disseminação de modelos e práticas inovadores capazes de superarem as barreiras à plena realização do direito à saúde dos povos indígenas.

## **I.2 Situação demográfica dos povos indígenas no Brasil**

Marta Azevedo

Diferentemente de outras populações no mundo, que em sua grande maioria, estão com baixos níveis de fecundidade (ou baixando) e baixos níveis de mortalidade (ou baixando), ou seja, passando pela chamada transição demográfica, os povos indígenas na América Latina encontram-se num processo de acelerado crescimento populacional. Altos níveis de fecundidade, aliados à queda – ainda que lenta – dos níveis de mortalidade estão sendo mantidos nos últimos 10 anos pelo menos. A taxa de crescimento anual está sendo estimada, em média, em 3,5% ao ano. Isto indica que esses povos estão com uma dinâmica demográfica completamente distinta daquela observada na maioria dos países do mundo, não só da América Latina. Os poucos estudos que têm sido levados a efeito sobre esses novos padrões e níveis dos indicadores demográficos das populações indígenas no Brasil têm apontado que esse é um fenômeno de recuperação demográfica, ou seja, após um período de perdas populacionais, geralmente ocorrido após o contato com as frentes de expansão da sociedade não indígena, ocorre um período de recuperação demográfica, com altos índices de fecundidade apesar dos ainda altos índices de mortalidade. As taxas de fecundidade total nos últimos 10 anos têm sido calculadas para os povos indígenas

sobre os quais temos séries de informações históricas em torno de 6 ou 7 filhos por mulher; os níveis de mortalidade infantil têm sido estimados em 80 por mil nascidos vivos, em média. A razão de sexo dessas populações, ou a proporção de homens e mulheres na população total nas diferentes faixas etárias, é, em geral, maior do que 1; ou seja, a mortalidade das mulheres pode ser que seja um pouco maior do que a masculina; mas esse fenômeno ainda não está suficientemente estudado para termos uma explicação plausível. As hipóteses mais aceitas até o momento indicam uma sobre mortalidade feminina, talvez com altos índices de mortalidade materna e menor nível de esperança de vida ao nascer para as mulheres.

Um fato importantíssimo para qualquer trabalho sobre demografia de povos autóctones é que em muitos países as sociedades etnicamente diferenciadas são de pequeno porte, ou seja, com uma população que pode ser de até 100 pessoas, por exemplo. No Brasil dos 225 povos indígenas, 28% deles têm uma população com até 200 pessoas, 23% tem entre 200 e 500 pessoas, 17% tem entre 500 e 1000 pessoas, 19% tem entre 1000 e 5000 pessoas, 4% tem entre 5000 e 10.000 pessoas, 2% entre 10 mil e 20 mil pessoas, e apenas 3 povos indígenas possuem mais de 20 mil pessoas. Dos povos com menor número de pessoas alguns estão perdendo população, isto significa que têm risco de extinção. No próximo relatório deveremos apresentar uma tabela com séries históricas de informação populacional por povo/etnia para demonstração dessa tese.

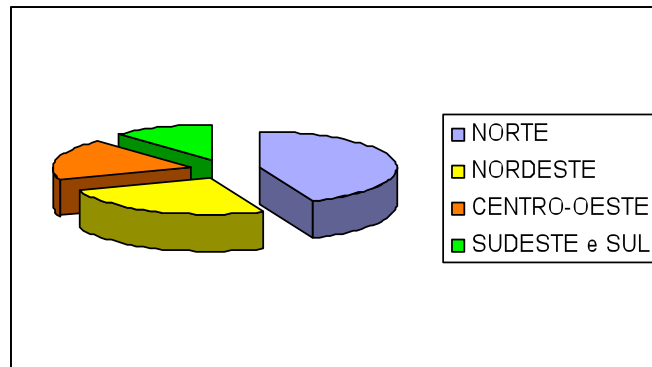
A maior parte dos trabalhos analíticos de demografia indígena até o momento foram elaborados a partir de bases de informações populacionais não governamentais, ou seja, informações coletadas por antropólogos ou demógrafos ou organizações não governamentais (missões religiosas ou outras). Sobre os indicadores demográficos dos povos indígenas no Brasil temos ainda uma primeira publicação do IBGE, elaborada por um grupo de especialistas em demografia dos povos indígenas e coordenada pela equipe do próprio IBGE; essa publicação tratou de analisar os dados dos auto-declarados indígenas nos censos 1991 e 2000 no Brasil. Os resultados apontam para altos níveis de fecundidade aliados a altos níveis de mortalidade, com raras exceções.

A população total de pessoas pertencentes aos povos indígenas no Brasil hoje varia segundo as diferentes fontes de informações: a FUNASA contabiliza 528.603 pessoas em 2008, segundo o SIASI/web acessado em 19/08 último; a FUNAI tem estimado a população indígena residente em Terras Indígenas em cerca de 400.000

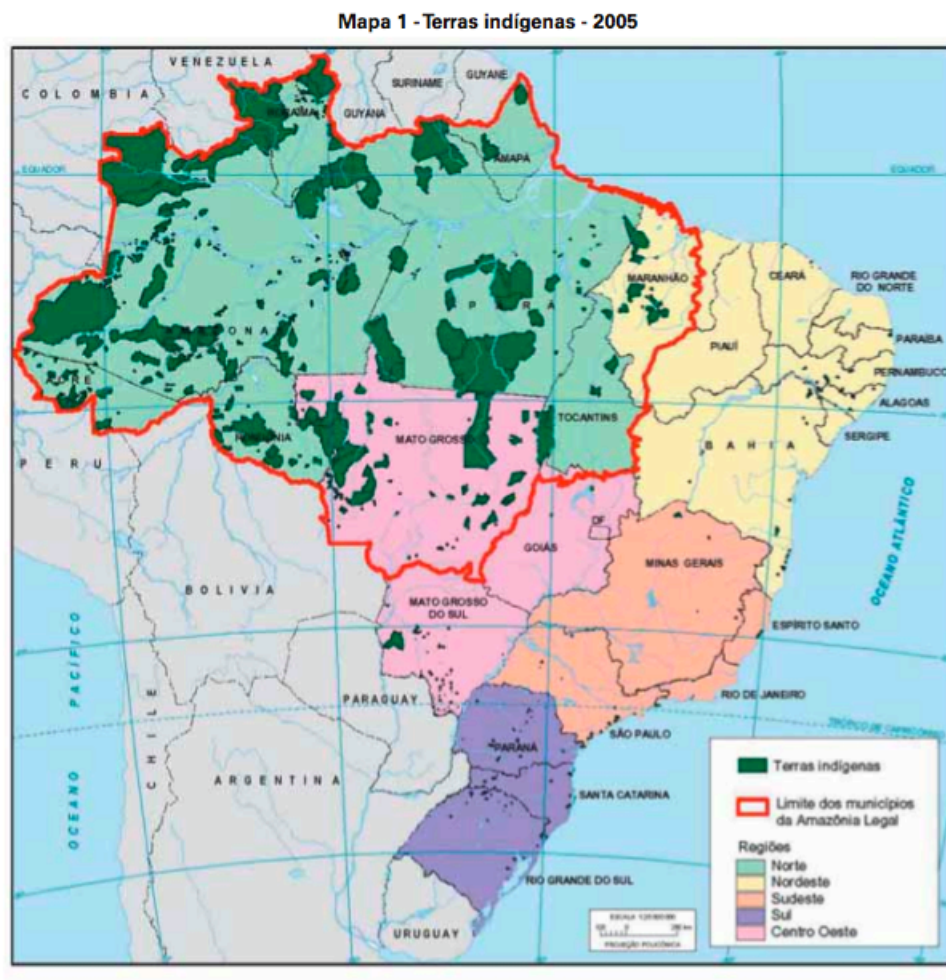
pessoas; o IBGE no censo 2000 contabilizou 734.127 pessoas auto-declaradas indígenas. No total contabilizado pelo IBGE estão presentes pessoas que se reconhecem como sendo descendentes de indígenas, mas não sabem dizer a qual povo/etnia pertencem ou pertenciam seus antepassados, assim temos um total muito maior principalmente para as áreas urbanas. Podemos dizer que o número total contabilizado pela FUNASA é o mais próximo da realidade. Tomando-se os dados populacionais por DSEI e por grande regiões no Brasil temos:

DSEIs e grandes regiões	pop total
<b>NORTE</b>	<b>231.109</b>
Altamira	2.198
Alto Rio Juruá	10.659
Alto Rio Negro	28.141
Alto Rio Purus	7.958
Alto Rio Solimões	34.634
Amapá e norte do Pará	8.990
Araquaiá	3.996
Guamá-Tocantins	6.321
Kaiapó do Mato Grosso	4.806
Kaiapó do Pará	4.198
Leste de Roraima	35.054
Manaus	14.927
Médio Rio Purus	5.645
Médio Rio Solimões e afluentes	9.738
Parintins	10.030
Porto Velho	8.773
Rio Tapajós	7.056
Tocantins	8.588
Vale do Javari	1.748
Yanomami	17.649
<b>NORDESTE</b>	<b>138.834</b>
Alagoas e Sergipe	14.759
Bahia	26.159
Ceará	22.367
Maranhão	26.865
Pernambuco	38.227
Potiguara	10.457
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>96.210</b>
Cuiabá	5.859
Mato Grosso do Sul	64.952
Vilhena	6.128
Xavante	13.870
Xingu	5.401
<b>SUDESTE e SUL</b>	<b>62.450</b>
Minas Gerais e Espírito Santo	14.122
Paraná	12.525
Sul-Sudeste	35.803
<b>TOTAL</b>	<b>528.603</b>

Segue o gráfico com a distribuição espacial da população segundo as grandes regiões:

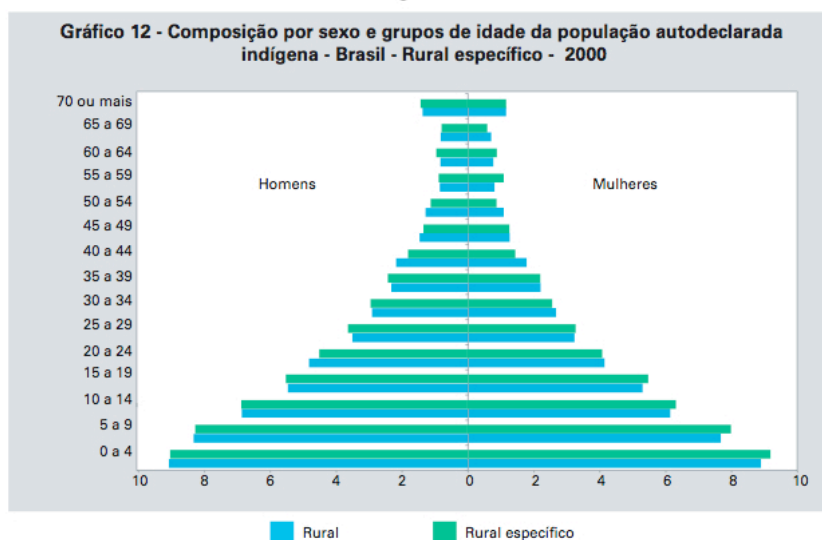


A seguir podemos visualizar as terras indígenas e as grandes regiões no Brasil (IBGE, 2005).

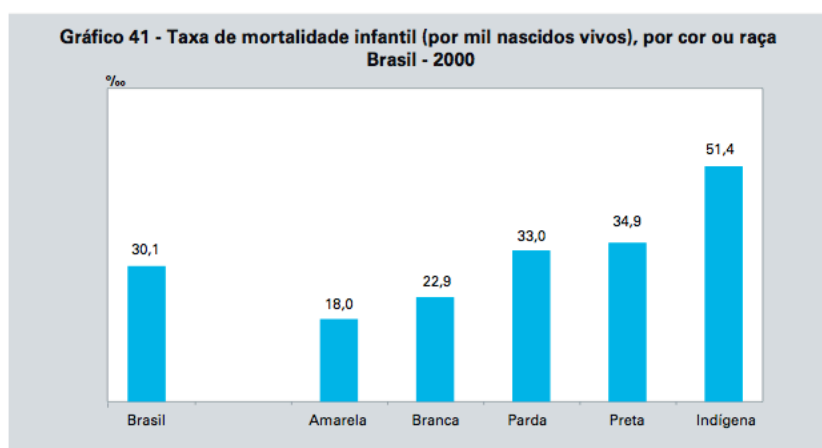


As figuras e tabela abaixo foram extraídas dessa publicação: “Tendências Demográficas, Uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos Censos Demográficos 1991 e 2000”, e indicam:

- a) Estrutura Etária dos indígenas em 2000 (a população auto-declarada indígena residente em domicílios rurais e o que chamamos para efeito da publicação de “rural específico” que são as terras indígenas).



- b) Taxas de Mortalidade Infantil calculadas com as informações do censo 2000 para a população brasileira por raça/cor da pele, demonstrando que os auto-declarados indígenas possuem o maior nível de mortalidade de crianças de < del ano.



- c) Taxas de Fecundidade Total que revelam que os níveis não estão caindo nesse intervalo de tempo medido, de 1991 a 2000, ao contrário da população não indígena em geral – observar a população indígena rural para 1991 e rural específico para 2000.

**Tabela 27 - Taxa de fecundidade total das mulheres autodeclaradas indígenas de 15 a 49 anos de idade, por Grandes Regiões, segundo a situação do domicílio - Brasil - 1991/2000**

d)

Situação do domicílio	Taxa de fecundidade total das mulheres autodeclaradas indígenas de 15 a 49 anos de idade					
	Brasil	Grandes Regiões				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
<b>Total</b>						
1991	5,4	5,6	5,6	3,0	5,8	6,9
2000	3,9	4,9	3,2	2,7	4,2	4,8
Variação percentual no período (1)	28,8	13,7	42,1	9,3	27,4	30,2
<b>Urbana</b>						
1991	3,7	4,0	4,0	2,8	4,4	5,2
2000	2,7	3,8	2,3	2,5	2,9	2,8
Variação percentual no período (1)	25,8	5,0	41,5	9,6	34,6	46,5
<b>Rural</b>						
1991	6,4	5,9	6,6	3,9	6,8	7,6
2000	5,8	5,4	5,6	4,3	7,2	6,9
Variação percentual no período (1)	9,1	9,0	15,1	(-) 12,4	(-) 5,0	8,7
<b>Rural específico</b>						
2000	6,2	5,4	6,7	5,3	8,0	7,2

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2000.

Nota: A variação total não corresponde necessariamente à média da variação do urbana e do rural por causa da diferente composição urbana e rural em cada período e do crescimento diferenciado que as mesmas tiveram

A FUNASA desde os anos 2001 e 2002 tem sido uma das fontes mais importantes de informações sobre população indígena, uma vez que a FUNAI que originalmente deveria coletar informações demográficas (ver Estatuto do Índio, 1966) não possui a infra-estrutura necessária para tal empreitada e nunca chegou a implementar esses processos de coleta. O SIASI tem disponibilizado através do SASI/web algumas informações já analisadas/tabuladas, tais como: taxas de mortalidade, fecundidade e estrutura etária, por DSEI, ou por unidades geográficas menores. Porém, essas informações ainda não são de boa qualidade, ou seja, o processo de coleta de informações pelas equipes locais de saúde é ainda muito precário e não existem processos de críticas e consistência das informações nas diferentes instâncias (nem nas comunidades/pólos base, nem posteriormente nas sedes dos DSEIs quando então são enviados os dados para Brasília). A coleta das informações com as quais se alimenta o SIASI tem o seguinte caminho: a) os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) preenchem as fichas com os dados das famílias das comunidades onde trabalham; b) os auxiliares ou técnicos de saúde de nível médio das equipes dos pólos bases preenchem os

formulários com as informações sobre as ocorrências médicas, viagens às comunidades e atendimentos realizados; c) os/as enfermeiros/as preenchem os censos vacinais e revisam e sistematizam as informações que foram preenchidas pelos técnicos, durante os dias que ficam nas sedes dos pólos bases; d) os coordenadores dos pólos bases ou técnicos ou enfermeiros digitam no computador as informações todas, são vários formulários de vários formatos com campos diversos. Após um período que, em geral, varia de 6 meses a 1 ano, as informações são enviadas para Brasília.

Os resultados obtidos através do SIASI apontam algumas falhas:

- sub-enumeração da população com 0 a 1 ano;
- sub-enumeração da população jovem, ou adulta-jovem;
- falta de consistência da população por famílias e por aldeias (aldeias de uma só pessoa por exemplo).

Até o presente momento, essa primeira apreciação da qualidade das informações coletadas e armazenadas pelo SIASI indica que possivelmente a fragilidade dessas informações estaria em etapas específicas do processo de coleta e armazenamento, e não no sistema em si mesmo.

### **1.3 Perfil epidemiológico das populações indígenas no Brasil**

Rômulo Paes de Sousa, Ivone Menegolla

Os povos indígenas vêm experimentando uma transição epidemiológica complexa. Alguns povos já apresentam prevalências significativas de morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas associadas às violências e doenças infecciosas, produzindo um padrão polarizado, onde doenças associadas às etapas de processos iniciais da transição epidemiológica convivem com doenças relacionadas às etapas mais avançadas. Este padrão atinge, principalmente, o sexo masculino devido ao aumento do sedentarismo entre estes. Outros povos ainda se encontram em padrão de transição



marcado por doenças típicas de deficiências no acesso aos bens e serviços públicos e aos mínimos sociais.

### **Mortalidade**

A Tabela 1.3.1 apresenta uma comparação entre a mortalidade proporcional apurada para os povos indígenas e a apresentada para a população brasileira como um todo. Os indígenas apresentam proporções mais elevadas dos seguintes grupos de causas: Doenças infecciosas e parasitárias, Afecções originadas no período perinatal, Causas externas, e Demais causas definidas. Estes grupos de causa estão associados a ambientes degradados, dificuldades de acessos a atenção básica de saúde, à assistência ao parto, e aos serviços de urgência.

Apesar do grupo de causas das Doenças do aparelho circulatório apresentar os maiores diferenciais quando comparado a população brasileira, é interessante notar que esse grupo já representa a quarta maior causa de óbitos. As neoplasias apresentam diferenciais menores em relação à população total. A utilização de meios de transporte a motor, reduzindo a atividade física, associado à introdução do açúcar, álcool, cigarro e sal industrializado, pode explicar o posicionamento dessas patologias nos patamares encontrados.

Embora o grupo referente aos sinais e sintomas não tenham sido considerados na Tabela, ele respondeu por 6,3% do total de casos. Trata-se de valores inferiores aos encontrados para a população em geral, que é de 10,4%. Isto, longe de indicar uma base de dados de melhor qualidade, sugere que o sub-registro de óbitos dos povos indígenas atinge inclusive esta categoria.

Tabela 1.3.1. Mortalidade proporcional por grupos de causa das populações indígena e total do Brasil

<b>CAUSAS</b>	<b>Indígena (2007)</b>	<b>Brasil (2005)</b>
Doenças infecciosas e parasitárias	10.41	5,17
Neoplasias	11.22	16,34
Doenças do aparelho circulatório	9.93	31,46
Doenças do aparelho respiratório	8.96	10,79
Afecções originadas no período perinatal	8.48	3,30
Causas externas	23.30	14,14
Demais causas definidas	27.70	18,79
<b>TOTAL</b>	<b>100 (N=1.863)</b>	<b>(N=902.372)</b>

I. Somente foram considerados os óbitos com causas definidas; pressupõem-se que os óbitos com causa mal definida (capítulo XVIII da CID 10) estão distribuídos linearmente pelos demais grupos de causas.

\* Fontes: SIASI (2007) e DATASUS (2008)

Dentre os grupos mais sensíveis às respostas sociais organizadas, sob forma de políticas e programas de saúde, está mortalidade infantil. Algumas medidas como as vacinações contras doenças imunopreveníveis e programas de transferência condicionada de renda, como o Programa Bolsa Família, podem estar contribuindo para a redução dos níveis de mortalidade. As coberturas vacinais têm aumentado progressivamente. Por exemplo, vacinação contra febre amarela, tuberculose, sarampo e rubéola, atingiu níveis superiores a 80% de cobertura (Funasa, 2007). Contudo, em relação a esta última patologia, a estratégia de vacinação não foi suficiente para impedir o crescimento do número de casos entre a população indígena. O Programa Bolsa Família atendia em dezembro de 2007 53.588 famílias indígenas.

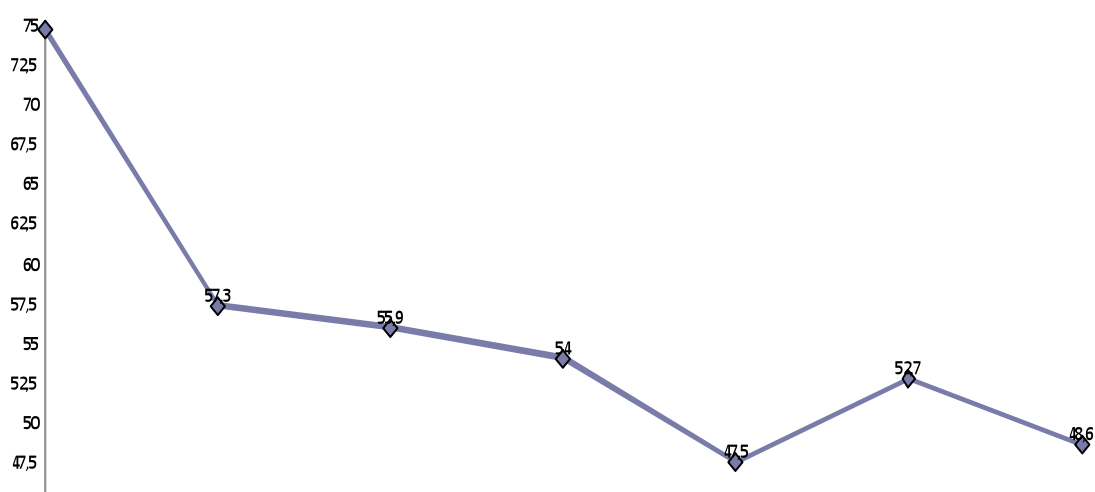
A Figura 1.3.1, embora indique uma queda no período de 2000 a 2006, indica que esta redução ocorreu principalmente aos extremos da curva. Nos dois primeiros anos, o coeficiente apresentou uma queda de 74,6 para 57,3. Ao final do período, o coeficiente oscila para baixo, indo de 52,7 para 48,6. Em um contexto epidemiológico, como o observado, são plausíveis variações tão bruscas, mas não é o mais provável. A curva pode ainda sugerir que o indicador se encontra estável ou com leve declínio, no período de 2001 a 2006. As inflexões observadas para os anos de 2004 e 2006 podem representar artefatos na coleta e alimentação dos dados. É provável que os indicadores de mortalidade infantil apresentem uma tendência mais declinante do que sugerem os dados oficiais, embora em patamares de mortalidade mais elevados.

Os achados para os povos indígenas contrastam com a queda consistente para a população em geral. Contudo, estes diferenciais são verossímeis, dado a grande iniquidade a que estão sujeitos os povos indígenas brasileiros em relação a outras populações.

Azevedo, em observação de campo para esta consultoria, registrou grandes deficiências no preenchimento dos instrumentos de coleta de dados e alimentação do SIASI:

1. Dificuldades dos entrevistadores no manejo da língua portuguesa e conhecimento limitado de operações aritméticas;
2. Desconhecimento por parte do informante da data de nascimento das crianças;
3. Variação do nome das crianças ao longo de sua existência. Nos casos observados, os nomes civis não tinham importância no convívio social;
4. Dificuldades na conversão dos dados coletados em papel para o formato digital e dificuldades no envio eletrônico dos dados devido a qualificação insuficiente da operadora para as atividades em questão.

Figura 1.3.1 – Coeficiente de mortalidade infantil entre indígenas e no Brasil, 2000 a 2006.



Fonte: SIASI / Funasa.

Quando se observa uma base de dados de melhor qualidade, como a série restrita ao povo Yanomami, nota-se uma queda consistente do CMI a partir de 1998, mesmo quando consideramos os óbitos por infanticídio. Os CMI calculados, com e sem o computo dos óbitos por infanticídio, indicam redução dos coeficientes para suas metades, no período de 1998 a 2004. Este processo produz ainda grande contribuição na queda da mortalidade geral dos Yanomami. É importante notar que este fenômeno

se deu de maneira concomitante ao grande crescimento da população graças ao expressivo aumento da fecundidade.

Tabela 1.3.2. População estimada, óbitos em < 1 ano, Infanticídios, óbitos em todas as idades, nascidos vivos, CMG e CMI com e sem infanticídios, DSEI – Yanomami, 1991 a 2004

ANO	População DSEI *	Óbitos < 1 ano (todas as causas)	Infanticídios**	Óbitos (todas as idades)**	Nascidos Vivos	CMG	CMG s/inf	CMI	CMI s/infant.
1991	7626	22	4	225	261	29,5	29,0	84,3	69,0
1992	7490	18	4	207	218	27,6	27,1	82,6	64,2
1993	7502	37	7	124	285	16,5	15,6	129,8	105,3
1994	7701	40	18	165	247	21,4	19,1	161,9	89,1
1995	7664	44	19	190	275	24,8	22,3	160,0	90,9
1996	7765	41	14	137	364	17,6	15,8	112,6	74,2
1997	7889	64	16	142	362	18,0	16,0	176,8	132,6
1998	8821	75	28	208	332	23,6	20,4	225,9	141,6
1999	8898	56	7	146	391	16,4	15,6	143,2	125,3
2000	12099	47	5	116	435	9,6	9,2	108,0	96,6
2001	12742	66	16	134***	625	10,5	9,3	105,6	80,0
2002	13485	74	20	137	664	10,2	8,7	111,4	81,3
2003	13996	101	63	160	784	11,4	6,9	128,8	48,5
2004	14421	68	26	124	677	8,6	6,8	100,4	62,0

\* população de 1991 a 1999 estimada pelo DSY (dados conferidos em relatórios anuais do DSY/FUNASA: 97, 97,98,99,00); de 2000 a 2004 dados conferidos por faixa etária com conveniadas em 21/01/2005.

\*\* dados coletados em relatórios DSY até 1999; de 2000 a 2004 retirados de listas nominais de óbitos.

\*\*\* dois com idade ignorada, não usado para CMG ajustado

## Morbidade

No Brasil, o estudo da morbidade é um desafio para os pesquisadores de qualquer população. Diferente dos dados de mortalidade, os de morbidade estão restritos às doenças de notificação compulsória e a sistemas de vigilância específicos de determinadas patologias. Portanto, para traçarmos o perfil de morbidade dos povos indígenas nos valem da literatura técnica e científica disponível, procurando acentuar os principais achados.

1. A malária na região Amazônica tem sido uma das principais doenças que acometem os povos indígenas da região, podendo provocar alta letalidade devido às falhas na assistência médica e no controle do vetor. Diante disso,

comunidades inteiras se desestruturam (lanelli, 2000). A partir de 2004, registra-se um aumento da incidência de malária em todos os povos indígenas amazônicos. De 2004 a 2007, o número de casos diagnosticados saltou de 13.911 para 33.693 (Funasa, 2008). Os estados que apresentam maior risco de infecção pela forma mais grave, que é causada pelo *Plasmodium Falciparum*, são: Mato Grosso, Maranhão e Pará.

2. A tuberculose representa um importante problema de saúde para os povos indígenas, apresentando altas taxas de prevalência, cerca de seis vezes maiores do que as taxas encontradas na população brasileira. Em pesquisa realizada por Amarante (2000) tendo como base questionários respondidos por 21 DSEI a doença contribuiu com 3% entre as causas de morte conhecida. Naquele ano, 526 novos casos foram detectados, sendo 73,8% pulmonares. No período de 2000 a 2003, foram notificados entre os índios brasileiros, 2.210 casos novos de tuberculose de todas as formas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), sendo que 1.128 (51,0%) foram confirmados pela baciloscopia direta do escarro (Amarante 2003).
3. Também a desnutrição é um problema de saúde entre as populações indígenas. Estudos recentes apontam a desnutrição de crianças indígenas como grave problema de saúde pública, indicando que 16 a 53,5% das crianças apresentavam déficits de estatura por desnutrição (Menegolla et ali, 2006; Escobar, 2003; Capelli, 2001; Ribas, 2001; Gugelmin, 1995, Martins, 1994). A gravidade da situação nutricional dos povos indígenas pode ser percebida com a identificação de cinco casos de óbitos, de adultos, ocasionados pela deficiência de vitamina B1 (Tiamina), Beribéri, em 2007, no Sul do Maranhão. Em 2007, a prevalência de déficit nutricional de crianças, abaixo do percentil 10 do índice de peso para idade, variou de 8,8 a 38,7 (Ministério da Saúde, 2008).
4. Revisão sistemática sobre enteroparasitoses, com estudos em todas as regiões do país, mostrou elevados níveis de prevalência e poliparasitismo nas populações indígenas (Vieira, 2003). Espécies como *Ascaris Lumbricoides*, ancilostomídeos, *Trichiuris trichiura*, *Strongiloides stercoralis*, *Giárdia lamblia*, *Entamoeba histolytica* e *E. coli* apareceram na quase totalidade dos estudos, com prevalências elevadas. Há existência de condições propícias à transmissão – climáticas e solo entre estes povos. Um fator é a infectividade do solo, e o

hábito de andar descalço, defecar próximo ao domicílio e de mananciais de água potável são comuns nestas populações. O aumento populacional em áreas fechadas, o sedentarismo e a degradação ambiental podem piorar as enteroparasitoses.

5. Há ainda vários estudos que apontam incidências crescentes de doenças sexualmente transmissíveis, alcoolismo, acidentes de trânsito, agressões, suicídio, e acidentes envolvendo animais peçonhentos.

Como pudemos destacar, a ausência de informações confiáveis sobre a morbidade desses povos tem gerado deficiências na vigilância a saúde da maioria dos povos indígenas. Portanto, os perfis epidemiológicos dessas populações ainda carecem de descrições e análises mais robustas para que compreendamos as condições de saúde vivenciadas por estes povos.

## **I.4 Contexto histórico, social e político**

Ana Beatriz Miraglia, Andrea Martini (colaboração: Renato Athias)

### **I.4.1 Breve histórico das relações das sociedades indígenas com a sociedade nacional**

Contrariando as previsões catastrofistas do discurso militar da década de 1970 (Cardoso de Oliveira, 2001) o desaparecimento físico das populações indígenas no Brasil não parece ser na atualidade uma realidade provável. No entanto, se por um lado, de fato, as populações indígenas no Brasil estão crescendo (ISA, 2005), por outro também deve ser reconhecido que, cada vez mais, aumentam as pressões decorrentes dos avanços das frentes atuais de expansão econômica (principalmente, pecuária, soja e atividade madeireira) sobre os territórios indígenas. Processos que afetam diretamente e de forma negativa, a integridade física e sociocultural destes grupos.

A história das dinâmicas sociopolíticas envolvendo povos nativos e a chamada “sociedade envolvente” foi majoritariamente mediada pela noção genérica de “índio” como sinônimo “do atraso” a ser superado no país. A política de colonização e

expansão territorial no Brasil que data desde o século XVI, retrata amplamente, uma elite política que impõe seus interesses com determinação e desde então, sempre manifestou com clareza a ausência de alteridade (Athias, 2005: 2-4). Muito freqüentemente os grupos indígenas têm sido vistos pelo Estado como um problema de segurança nacional e como “entraves ao progresso”. Em período mais recente do governo republicano, a criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) em 1910, reconhece de modo formal os povos indígenas no Brasil e desenvolve uma política de integração baseada na noção de “tutela”. Essa leitura através de conceitos assimilacionistas gerou ações políticas que não atenderam adequadamente as demandas indígenas. A legislação brasileira anterior à Constituição de 1988, denominada “Estatuto do Índio” (1966) mantém no seu conjunto a intenção explícita de assimilar os grupos indígenas à população brasileira como cidadãos sem identidade étnica específica. Segundo o estatuto, enquanto estes povos ainda não estiverem integrados à comunhão nacional, na medida em que mantém seus usos e costumes tradicionais, são considerados como “relativamente incapazes” e por isso tutelados e objetos de direitos especiais. O que significa ausência dos direitos plenos de cidadania. Contudo, nesta lógica, quando os povos nativos já estiverem “integrados à comunhão nacional”, nesta situação eles arriscam perder seus direitos como grupos étnicos (inclusive os de posse e usufruto dos seus territórios) em troca dos direitos individuais de cidadania. Foi a partir de 1940, com a realização do I<sup>a</sup> Congresso Indigenista Interamericano realizado no México, que se discute a importância de uma formulação de direitos específicos para os povos indígenas da América do Sul e do reconhecimento da diversidade étnica. Contudo, o Congresso não conseguiu avançar e subverter a concepção tutelar que caracterizou por um longo período as ações públicas dos países da região (idem).

Em 1967, o governo militar brasileiro, pressionado por organismos internacionais e nacionais desmonta o SPI e cria a Fundação Nacional do Índio (Funai). Apesar desta alteração, a política indigenista oficial continuou a se basear nos princípios da integração. Se o “Estatuto do Índio” representa a existência da ideologia assimilacionista no Brasil a Constituição brasileira de 1988 representa uma ruptura em relação a esta perspectiva política - legal uma vez que reconhece o direito à diferença e o status multiculturalista do Estado brasileiro. Ao assumir o caráter pluriétnico da nação brasileira, a Constituição de 1988 deveria fazer com que a atuação do Estado em

relação a esses grupos se sedimentasse na compreensão de suas formas de ver e conhecer o mundo. Impõe-se à administração do Estado o abandono da visão etnocêntrica começando pelos projetos de “desenvolvimento nacional” que não podem mais desprezar as demandas específicas destes grupos. A constituição de 1988 faz este reconhecimento de forma explícita, determinando ao Estado o dever de garantir o direito dos índios de manter sua identidade étnica e suas formas de organização social, costumes, línguas, crenças e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam. O texto da Constituição de 1988 exige do Estado uma total inversão de suas ações historicamente voltadas para a integração dos índios que passam a ser vistos como cidadãos etnicamente diferenciados (Brand, 2002: 31). No campo da saúde a Constituição também passou a garantir o direito indígena de atenção integral e diferenciada em decorrência das especificidades e situação de vulnerabilidade deste segmento sociocultural (Langson, 2001). Contudo, as alterações nos códigos legais não se traduzem necessariamente em mudanças nas práticas administrativas. Tem sido bastante freqüente o descompasso entre o texto das leis e as políticas implementadas nas comunidades. Isto indica que a chamada “questão indígena” ocupa um espaço secundário na cena política brasileira, freqüentemente subordinada a outros problemas considerados política e economicamente mais significativos: à questão agrária, ao problema estratégico das fronteiras e à questão ambiental.

Quando se pretende compreender a situação da saúde dos povos indígenas na conjuntura nacional contemporânea é preciso considerar o acesso à terra ou os contrastantes padrões de territorialidade enfrentados pelos povos nativos. A questão fundiária constitui uma dimensão fundamental para a compreensão das condições de saúde e nutrição dos povos indígenas (Coimbra Jr.; Garnelo; César Basta; Ventura Santos, 2005). Enquanto que 99% da extensão total das Terras Indígenas estão situadas na Amazônia Legal, onde vivem cerca de 60% da população indígena brasileira, os outros 40% vivem confinados em 1% da extensão das terras localizadas nas porções leste, Sudeste, Sul e Nordeste do país (F. Ricardo, 2004). Dessa maneira, nota-se que alguns povos indígenas têm melhores condições do que outros para criar estratégias próprias de conservação dos recursos naturais e de garantir a qualidade de vida das comunidades. Povos que habitam territórios extensos e contínuos, nos quais é possível reproduzirem formas “tradicionais” de ocupação (situação mais comum no Centro-Oeste e na Amazônia Legal), têm maiores condições de garantir a segurança alimentar



do grupo, condições adequadas de saneamento e, portanto, melhores condições de saúde. Ao contrário de povos que vivem em situação de confinamento e/ou descontinuidade territorial, os quais são obrigados a exercer uma exploração intensiva dos recursos naturais (situação mais freqüente no Nordeste, Leste e Sul do país).

Assim, pode-se dizer que, em geral, povos que vivem em contextos nos quais há melhores condições para a realização do manejo adequado de recursos naturais e de produção alimentar - ou seja, povos que possuem o acesso a terra garantido - tendem a ter menor necessidade de recorrer aos serviços de saúde do Subsistema.

Nesse contexto de “pós-territorialidade” diferenciada, terras extensas X confinamento, é preciso refletir também sobre os diferentes envolvimento dos grupos indígenas com a economia de mercado. Isto influi diretamente nas taxas de exploração dos recursos naturais dos territórios. Atualmente, em relação às orientações econômicas dos povos nativos da Amazônia, segundo a classificação de Lima e Pozzobom (2005), estes grupos podem ser divididos em três categorias: (1) indígenas que realizam comércio esporádico, (2) grupos indígenas de comércio recorrente e (3) grupos indígenas dependentes da produção mercantil. A categoria "grupos indígenas de comércio recorrente" abrange uma grande diversidade de situações sociais. Inclui, na verdade, a maioria dos povos indígenas da Amazônia. Segundo os autores, o aspecto comum é o fato de que a produção para a venda já é incorporada nas práticas culturais. Do ponto de vista da estrutura de mercado, podem ser distinguidas três situações: ou os índios se integram ao sistema tradicional de "aviamento"; ou participam de um tipo de extrativismo mais recente e bem mais depredatório, que envolve basicamente o garimpo e a comercialização de madeiras nobres; ou ainda participam de um “sistema mediado de comercialização”. Quanto ao “comércio mediado” os autores descrevem dois tipos de mediação: tutelar e com parceria. A mediação tutelar é praticada pela Funai e pelas missões religiosas através de financiamentos internacionais de caráter ecológico (como, por exemplo, o Programa Piloto para a Proteção das Florestas Tropicais do Brasil - PPG7). Neste esquema, são criados os chamados "projetos produtivos sustentáveis". Quanto a mediação com parceria estão incluídas as parcerias entre organizações indígenas e ONGs ou institutos de pesquisa. Ao contrário da mediação tutelar, neste caso o objetivo é transferir novas tecnologias ou adaptação de tecnologias nativas à exploração planejada de recursos que possam remover os grupos indígenas de acordos para a exploração ilegal e depredatória de suas áreas. Finalmente

a terceira categoria, “indígenas dependentes da produção mercantil”, é formada por grupos que não conseguem produzir diretamente os recursos fundamentais para sua sobrevivência e dependem do mercado para obter o consumo básico. Entre os grupos que compõem esta categoria, a situação mais difícil é a das terras indígenas pequenas e localizadas nas proximidades de centros urbanos. Porque apresentam altas densidades demográficas e elevadas demandas sociais de consumo, os recursos naturais que constituem a base da subsistência, como a caça e outros produtos da extração florestal, foram esgotados. Em alguns casos, mesmo a área de cultivo é limitada e não permite o rodízio de descanso para o solo. Tais mudanças nos padrões nativos de subsistência e conseqüentemente de dieta, em decorrência de novas relações e desafios impostos pelas relações de contato, ocasionam a introdução de novas doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, obesidade, hipertensão arterial que fazem com que o perfil epidemiológico dos povos indígenas se encontre na atualidade em transição (idem). A classificação de Lima e Pozzobom apresentada acima resume os principais problemas atuais relacionados à gestão econômico-ambiental de Terras Indígenas e pode também demonstrar como esta questão deve ser considerada de forma articulada à situação da saúde e qualidade de vida dos povos nativos. Com efeito, é preciso enfatizar que os problemas de saúde em populações indígenas estão profundamente conectados a outras questões estruturais mais amplas que vão além da realidade diretamente ligada ao Subsistema, ou seja, questões que passam pelas relações de marginalidade socioeconômica e fundiária que atingem os povos nativos.

#### **1.4.2 Aspectos das relações políticas entre os povos indígenas e a sociedade envolvente com relevância para o Subsistema**

A partir do ano de 1990 há uma reformulação da política indigenista brasileira. Esta transformação se deve, sobretudo, a redefinição mais ampla do papel do Estado orientada para a redução de seu tamanho, através de programas de privatização e terceirização. Neste processo, houve certo esvaziamento político e orçamentário da Fundação Nacional do Índio (Funai) (INESC, 2000). Somado a isso, ocorre o reconhecimento de um terceiro ator entre o Estado e a população civil: as chamadas “organizações não-governamentais” (ONGs). As ONGs passam a ser protagonistas da

definição e implementação de certas políticas consideradas, não mais, exclusivas do Estado. Consolida-se um indigenismo não estatal praticado por ONGs, igrejas, organismos e agências internacionais de cooperação. Neste contexto, outro elemento que contribuiu para as mudanças da política indigenista oficial foi a expansão da criação, por parte dos povos indígenas, de associações de caráter político para a promoção da defesa dos direitos e demandas específicas a estes grupos frente os Estados Nacionais. No Brasil, como descreve o antropólogo Bruce Albert (2000) o fenômeno de multiplicação das associações indígenas durante os anos de 1970-1980, tem sua origem na inter - relação de diversos processos sociopolíticos mais amplos tanto em âmbito nacional, quanto internacional. No cenário nacional, um evento que contribuiu para a proliferação de organizações políticas indígenas, foi a promulgação da Constituição de 1988, que passou a garantir a possibilidade destas associações se organizarem juridicamente. O segundo fator importante assinalado por Albert no âmbito nacional, foi a retração da gestão estatal direta da “questão indígena” no país (restringindo-se, quase que inteiramente à problemática das demarcações dos territórios indígenas). No contexto internacional, um fator central que contribui para a multiplicação das associações indígenas foi a internacionalização das “questões ambientais” e dos direitos das minorias ao longo dos anos 1970 e 1980, junto ao crescente processo de cooperação entre ONGs com agendas ambientalistas e sociais na formulação de projetos que articulassem objetivos voltados para a conservação ambiental e para o “desenvolvimento local”.

Existem ainda desigualdades entre povos indígenas no que tange à sua representação política perante o estado brasileiro e a sociedade nacional, com alguns grupos demonstrando um poder de articulação muito maior, e conseqüentemente um melhor acesso aos recursos e serviços públicos. Embora alguns grupos ainda dependam da representação mediada por ONGs ou pelo órgão indigenista oficial, o número de associações indígenas vem crescendo expressivamente desde 1974, quando ocorreu a primeira Assembléia realizada pelo movimento indígena, em Diamantino, Mato Grosso. Desde então as organizações indígenas vêm buscando garantir a inclusão da participação indígena nas políticas públicas do Estado. Entre os temas de maior destaque nas agendas das organizações políticas indígenas estão a defesa dos territórios e a saúde. Quando a última temática, com a realização em 1993 da 2ª Conferência Nacional sobre saúde das populações indígena, foram definidas as

diretrizes para a criação de um modelo adequado e diferenciado de atenção à saúde indígena por meio da implementação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Um aspecto fundamental deste modelo elaborado na 2ª Conferência diz respeito à participação social nas políticas de saúde, por exemplo, nos conselhos dos DSEIs, nos quais representantes das populações indígenas participam das decisões das políticas voltadas para eles. Contudo como argumenta Athias (2005) "dadas as diversas formas de contato das populações indígenas com a sociedade envolvente e, conseqüentemente, os diferentes estágios de organização política frente a esta mesma sociedade, o processo de distritalização nas áreas indígenas tende a se desenvolver de forma variada de uma região para outra. Em determinadas regiões como a Amazônia, onde a organização política das populações indígenas tem um histórico mais longo, a possibilidade de participação no controle social das ações de saúde torna-se mais viável. Em outras regiões como no Nordeste, Centro-Oeste e também Sul do país, o exercício do controle social em saúde deverá ser estimulado pelas instituições que estarão responsáveis pela execução dos serviços de saúde e pela implementação e funcionamento regular dos Conselhos Distritais de Saúde com a efetiva participação dos índios".

Os grupos indígenas possuem trajetórias históricas distintas na sua relação com a sociedade envolvente. Pode-se dizer, de modo geral, que o maior tempo de contato com a sociedade nacional leva a uma melhor compreensão por parte dos povos indígenas do Subsistema de saúde, das suas regras, códigos e práticas. Contudo, é preciso enfatizar, que o maior tempo de contato não implica necessariamente em melhores condições de acesso aos serviços de saúde por parte destes povos. No contexto nacional, há uma grande diversidade de configurações, regionais e locais, das relações dos povos indígenas com o Subsistema. Dando continuidade ao debate sobre a participação indígena na política de saúde, é importante salientar que há uma forte resistência do movimento indígena (intensificada após a edição da Portaria N°. 2.656, de 17 de outubro de 2007) à municipalização dos serviços do Subsistema que são, desde sua implementação, responsabilidade do Governo Federal. Isto se deve justamente porque as organizações indígenas acreditam que, se, já nos conselhos distritais, a participação indígena no controle social da saúde tem que lidar com uma série de obstáculos, nos conselhos das prefeituras, tendo que lidar com os interesses e disputas das elites políticas locais - muitas vezes conflitantes com as demandas

indígenas - a representatividade dos povos nativos nesses espaços de negociações políticas seria ainda menor. Além disso, para não se reproduzir a histórica assimetria política existente nas relações entre os povos indígenas e as estruturas oficiais do Estado nacional no espaço do Subsistema de Saúde, é preciso reconhecer e considerar o protagonismo indígena nas diversas relações que vivem, o que implica em focar nas concepções indígenas a respeito destas relações. Com efeito, o protagonismo indígena, tanto por meio da atuação política do controle social das políticas de saúde, quanto por meio da inclusão das práticas culturais dos povos nativos no sistema oficial de saúde, é uma dimensão essencial para a garantia do fortalecimento e bom funcionamento do Subsistema de saúde indígena.

### **I.4.3 Interculturalidade e articulação de sistemas médicos**

A dimensão intercultural na saúde representa um elemento central, anunciado na Constituição Federal e na legislação complementar que fornece sustentação conceitual ao subsistema de saúde indígena, e que deveria orientar o modelo organizacional dessa política pública voltada para um grupo etnicamente diferenciado de um estado que se reconhece como pluriétnico. Nesse sentido, no Brasil está sendo definido um novo paradigma sobre a interculturalidade em saúde. A noção de interculturalidade aparece nos debates sobre a saúde indígena em diversos momentos, principalmente nos documentos das conferências distritais e nacionais. Nas conferências, este debate se coloca sempre associado às práticas tradicionais de cura, indicando que os índios possuem conceitos de saúde e de doença diferentes daqueles que orientam a medicina ocidental. A Política Nacional de Atenção a Saúde Indígena sugere, através da utilização do termo “articulação”, que se efetuem “pontes” no âmbito dos serviços, entre os dois sistemas médicos. Vale ressaltar que se trata, efetivamente, de uma incorporação da medicina indígena aos serviços de saúde indígena visando ampliar sua eficácia. O Projeto VIGISUS II, através do apoio ao Componente de Medicina Tradicional Indígena da Funasa, buscou através de uma série de ações nos DSEIs, definir atividades concretas no sentido da articulação de saberes que o documento oficial da política define. Pode-se perceber através dos relatórios desse componente que existe um número significativo de experiências em andamento no âmbito da saúde indígena, que mereceriam atenção cuidadosa por parte dos gestores de saúde indígena. No entanto, até a presente data, não há evidências de que

os DSEIs tenham absorvido as principais questões da saúde indígena com relação a articulação a um “sistema médico indígena”, no sentido de efetivar ações públicas coerentes com as medicinas indígenas existentes em seus territórios. O sistema administrativo e organizacional institucionalizado ainda não encontrou formas de dialogar diretamente com seu público diferenciado, e nem referenda, de fato, os sistemas locais na construção de novos paradigmas. Aos povos indígenas cabe a adequação, ainda que com criatividade irrestrita, às políticas públicas formatadas para valorizá-los em sua diferença.

## **I.5 Histórico da atenção à saúde indígena no Brasil**

Ana Beatriz Miraglia (colaboração: Juliana Rosalen)

Com o processo de colonização europeia no século XVI uma série de novas doenças, até então desconhecidas, como a varíola e formas letais de tuberculose, foram introduzidas entre os povos nativos do Brasil causando a morte de milhares de indígenas. Junto ao processo de conquista, foram instaladas nas novas fronteiras missões religiosas, em especial as jesuítas. A disseminação da tuberculose, por exemplo, tem estreita relação com a implantação destas missões (Barreto Lins Verani, 1999). Desde este período inicial do contato entre europeus e indígenas até o início do século atual, quando a chamada “questão indígena” passou a ser abordada por meio de uma política oficial de “pacificação” e “assistência” laica operacionalizada pelo Estado, a assistência à saúde do índio correspondia a um complemento assistencial dependente da política de catequese, ou do uso da medicina tradicional indígena (idem). Somente a partir do início do século XX, mais especificamente com a instituição do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) em 1910, é que a assistência à saúde dos povos indígenas passou a ter uma atenção oficial do Estado a nível nacional (ibidem). Ao longo do tempo, foi ficando cada vez mais evidente que a população indígena demandava uma estrutura específica para o atendimento aos seus problemas, em particular os de saúde, devido a fatores: 1. culturais e operacionais - como áreas de difícil acesso e que sofrem pressões (ambientais e sociais) decorrentes de frentes econômicas predatórias -; 2.

epidemiológicos - como falta de “memória imunológica” dos grupos de contato recente para as doenças infecciosas que causam altos índices de mortalidade - e 3. por motivos políticos, em decorrência da discriminação social e de visões estereotipadas dos indígenas como "selvagens" e "preguiçosos" que até a atualidade persistem em muitos contextos de relações interétnicas entre povos indígenas e a sociedade envolvente. Na década de 60, mais especificamente em 1967, o antigo SPI foi substituído pela Funai. Nesse contexto, o governo passa a realizar ações esporádicas de saúde por meio das chamadas Equipes Volantes de Saúde (EVS's) criadas em cada delegacia regional da Funai. Quanto a este arranjo, argumenta Viana (2005) "o Ministério da Saúde colaborava com o controle das principais endemias e a Funai assinou, ao longo dos anos, convênios com entidades governamentais e não governamentais de modo a remediar a falta de estrutura adequada." Contudo, em função de ingerências políticas e administrativas externas assim como da progressiva escassez de recursos financeiros, esta atividade foi sendo reduzida até ser paralisada.

Em 1986, com a realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, o movimento sanitário indigenista reafirma a necessidade de implementação de um sistema de atenção diferenciada que garanta aos povos indígenas o acesso aos serviços de saúde e, simultaneamente, a sua *participação* nas políticas de saúde. Neste mesmo evento é apresentado, pela primeira vez, o modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Com a promulgação da Constituição Federal em 1988 é estabelecido por meio do artigo 198 as regras gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) que foi regulamentado pelas leis nº 8142/90 e nº 8.080/90. Fica definido que a gestão do SUS deve ser exercida pelo Ministério da Saúde. No entanto, no âmbito do SUS não estava estabelecido a forma como a saúde das populações indígenas seria integrada ao Sistema (Barreto Lins Verani, 1990). No ano de 1991, com o Decreto Presidencial nº 23 é que é conferida base legal para a política indigenista proposta na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. O decreto nº 23/91, que dispunha sobre as atividades de saúde, determina alguns elementos para um novo modelo assistencial baseado nos princípios do SUS que deveria ser coordenado pela recém-criada Fundação Nacional de Saúde (FNS), em conjunto com a Funai e com organizações religiosas, universidades, centros de pesquisa e organizações indígenas e indigenistas. Assim, no ano de 1991, a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde para as populações indígenas é transferida da Fundação Nacional do Índio (Funai) para o Ministério da Saúde (MS). Como argumenta Rosalen (2008), esta fase de transferência de boa parte da assistência à saúde indígena da Funai para o MS, que culminou com a

formulação inicial dos DSEIs - período que se estendeu de 1990-1998 -, foi explicitamente marcada pela relação conflituosa entre estes dois atores institucionais pelo controle da saúde indígena. O primeiro DSEI criado foi o Distrito Sanitário Yanomami (DSY), no Amazonas e Roraima. Posteriormente, ainda no ano de 1991, foi também criada a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), subordinada ao Departamento de Operações da FNS. Posteriormente, em 1992, é criada a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI) pela resolução nº 11 de 13/10/1992. A CISI deveria ser composta por representantes do Governo federal, membros dos Ministérios da Saúde e Justiça, de Universidades, de ONGs e por representantes indígenas. A principal função da CISI seria assessorar o Conselho Nacional de Saúde (CNS) na formulação de diretrizes de políticas governamentais no campo da saúde indígena.

Mais adiante, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas no ano de 1993, em Luziânia, é reafirmado a defesa pelo modelo dos DSEIs para a execução da atenção à saúde dos povos indígenas. Neste encontro foi proposto que os DSEIs deveriam estar ligados diretamente ao Ministério da Saúde, tendo suas respectivas administrações executadas por Conselhos de Saúde com a participação de representantes indígenas. Neste modelo, o Governo Federal foi designado como instância responsável pela saúde indígena do país. Contudo, deveriam existir contribuições complementares dos estados, municípios e de outras organizações e instituições não governamentais e governamentais (Vianna, 2005: 132).

Com o Decreto nº 1.41/94, estabelecido em 1994, é revogado o Decreto nº 23/1991, o que na prática significou a devolução da coordenação da saúde indígena à Funai. Com isto, a Fundação Nacional do Índio assume a responsabilidade da recuperação dos indígenas doentes e ao Ministério da Saúde cabem as ações de prevenção (idem). Apenas no ano de 1999, com o Decreto nº 3156/99 e a chamada “Lei Arouca” de nº 9.836 proposta pelo deputado federal Sérgio Arouca e elaborada com base no relatório final da 2ª Conferência, é instituído o Subsistema de Atenção À Saúde Indígena. Neste cenário, a atenção à saúde indígena volta a ficar a cargo do Ministério da Saúde que passa a ter a responsabilidade de estabelecer as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio. As ações envolvidas nestes processos passam a ser de responsabilidade da Funasa. Além disso, em 1999 são implementados 34 DSEIs ao redor do país. Face às restrições sobre a capacidade da Funasa de recrutar recursos humanos para a execução direta, e dentro



de uma estratégia que visava a descentralização dos serviços de atenção, ficou determinado que os Distritos Sanitários Especiais funcionariam por meio de convênios estabelecidos com organizações da sociedade civil, associações indígenas e indigenistas e com alguns municípios. Após uma série de denúncias sobre mau uso de recursos por algumas entidades conveniadas, em 2004, com as portarias nº 69 e nº 70 são estabelecidas as novas diretrizes da saúde indígena e a Funasa retoma a execução direta do atendimento, reduzindo a participação e o papel das organizações conveniadas, que passaram a ter como uma das suas principais atribuições a contratação e administração de pessoal. Quanto a este cenário analisa Vianna (2005: 132) “Para que a Fundação pudesse assumir a maior parte da execução das ações em escala nacional, seria necessário que fortalecesse seu corpo de funcionários, o que esbarrava, ao menos no curto prazo, nas formalidades burocráticas impostas pelas regras da administração pública para contratação de pessoal. É possível que advenha daí o fato de ser esta a principal esfera de atuação prevista para seguir a cargo do setor não-governamental. No modelo proposto, coube às conveniadas especialmente a pior parte, a da burocracia da administração de pessoal”. Nesta mesma direção, quanto aos desafios relacionados à implementação do Subsistema, Athias argumenta (2005: 3) “(...) observa-se na prática dos DSEIs, a fragmentação das ações, principalmente naqueles distritos, onde a execução é feita por mais de uma organização conveniada apresentada à Funasa sua proposta anual de trabalho e esses planos nem sempre são compatibilizados em um único plano distrital de saúde... nos DSEIs, onde o convênio (ou seja, a execução das ações), se dá entre prefeitura e Funasa, cabe à primeira contratar e manter os profissionais e à Funasa prover os insumos para a execução. Essa prática leva, muitas vezes, a não realização das ações, pois os mecanismos de articulação entre gestor local (as secretarias de saúde) e a Funasa são frágeis, e, sobretudo desarticulados, provocando complicações no entendimento sobre a responsabilidade sanitária. Por outro lado, em várias ocasiões, a Funasa não dispõe de recursos para prover os insumos necessários a atenção básica que deveriam ser repassados aos municípios conveniados.”

Ao mesmo tempo em que a Funasa intensificava o processo de centralização da gestão dos recursos dos quais dispunha para o financiamento da atenção à saúde indígena, começa um expressivo crescimento no volume de recursos transferidos diretamente pelo MS aos municípios com população indígena para financiamento das

ações de atenção básica à saúde das comunidades indígenas. Esta estrutura dual perdura até o presente momento quando, em Setembro de 2008, por meio da Portaria no. 1922/2008, o Ministério da Saúde cria um Grupo de Trabalho para “discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à atenção a saúde dos povos indígenas, visando a incorporação de competências e atribuições procedentes da Fundação Nacional de Saúde nessa área”.

## **Parte 2      Análises Situacionais por Área**

Esta segunda parte do Relatório contém um conjunto de análises específicas dos aspectos de Organização, Atenção, Gestão, Financiamento e Monitoramento & Avaliação. Tais análises enfocam a descrição sistematizada dos atuais modelos, e abordam aspectos específicos identificados no Termo de Referência da Consultoria.

### **2.1 Análise Organizacional**

Vera Schattan P. Coelho, Renato Athias, Juliana Rosalen e Paulo Paes

O Diagnóstico organizacional apresenta um quadro geral da distribuição das populações indígenas e dos pontos de articulação entre o Sistema único de Saúde e o subsistema. A seguir é feita uma exposição detalhada da estrutura institucional do subsistema de saúde indígena. Para tanto inicia-se com uma rápida revisão da legislação onde são indicadas as áreas que vêm sendo priorizadas pela Funasa na gestão do subsistema. A seguir apresenta-se o organograma do subsistema descrevendo-se as atribuições dos diferentes componentes e as relações intra e interinstitucionais. Finalmente elencam-se os mecanismos de controle social e político existentes e um balanço dos avanços e problemas é apresentado.

#### **2.1.1 Situação geral**

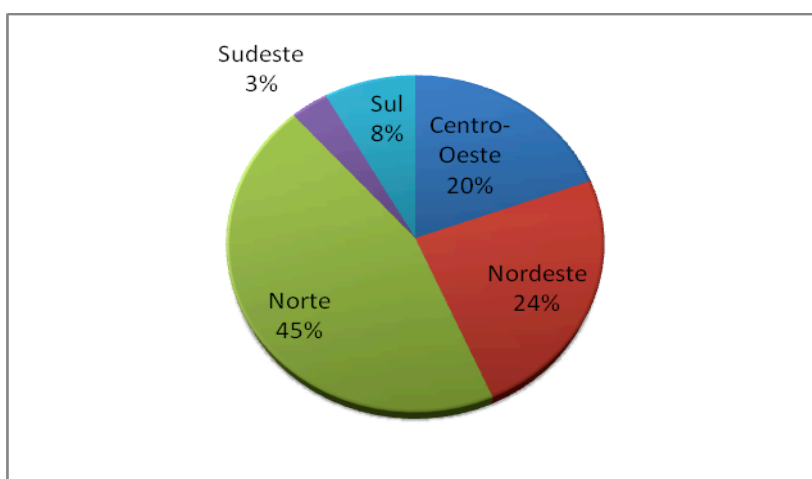
O Subsistema de Saúde Indígena foi concebido com a intenção de propiciar aos povos indígenas uma assistência integral à saúde, levando-se em consideração

especificidades culturais, aspectos demográficos e geográficos, bem como a vulnerabilidade dessas populações frente aos agravos de saúde.

Atualmente a população indígena no Brasil está estimada em 524.603 indivíduos (Funasa, 2008). Cerca de 80 % da população vive em Terras Indígenas ou em cidades próximas a elas e 20% residem em áreas urbanas do país.

Os povos indígenas ocupam cerca de 13% do território nacional, sendo que 60% dessa população vive no Centro-Oeste e Norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas. Os outros 40% da população indígena vivem em apenas 1,3% da extensão das terras indígenas, localizadas nas regiões mais populosas do Nordeste, Leste e Sul do país (ISA, 2009).

Figura 2.1.1.1 - Distribuição proporcional (%) da população indígena por região do Brasil, 2007



Fonte: SIASI/FUNASA, 2007

O Brasil possui uma diversidade étnica expressiva: são 230 povos falantes de 180 línguas diferentes (ISA, 2009). Ainda que numericamente constituam uma parcela de somente 0,2% da população brasileira, em estados da região Norte e Centro Oeste, a presença indígena é significativa.

Em termos gerais observa-se um crescimento demográfico entre os povos indígenas do país, associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas, melhoria do acesso aos serviços de atenção primária à saúde e a mobilização de associações e organizações indígenas agindo em defesa de seus direitos (FUNASA, 2005; ISA, 2009).

Em relação à morbidade, verifica-se em geral uma alta ocorrência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças imunopreveníveis, além do aumento da ocorrência de doenças crônicas, violência, e alcoolismo (FUNASA, 2006).

## **2.1.2 Bases legais da estrutura do SUS e subsistema de saúde indígena**

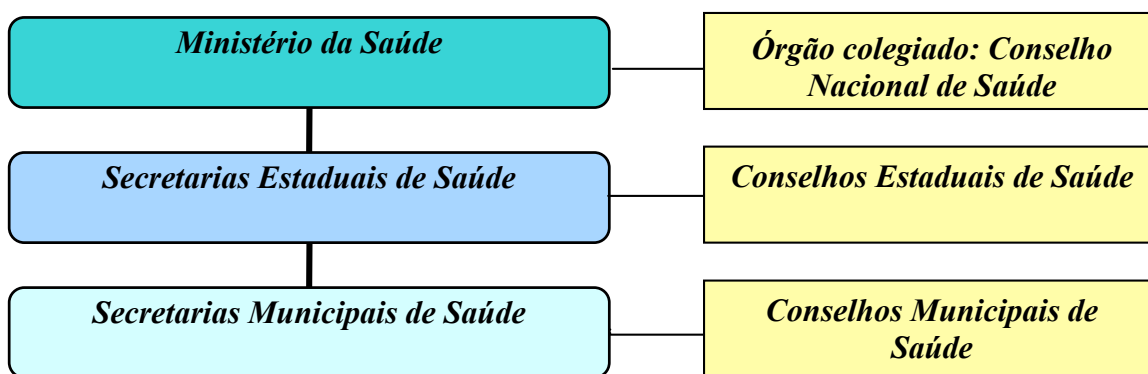
A política governamental para a organização dos serviços de saúde para populações indígenas é orientada por princípios contidos na Constituição Brasileira e na Lei Orgânica da Saúde. Segundo essa legislação é responsabilidade da União garantir a todos os cidadãos acesso aos serviços de saúde, reconhecendo-se, ainda, as necessidades específicas das populações indígenas no âmbito dos direitos sociais e territoriais e provendo medidas especiais capazes de garantir-lhes o direito aos cuidados de saúde.

A Constituição Federativa do Brasil de 1988, nos artigos 196 e 198, define que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade no planejamento e avaliação.

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde e a iniciativa privada participa do SUS em caráter complementar. Assim, a implantação do SUS significa uma regulação única, em todo o território nacional, das ações e serviços de saúde, executados por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

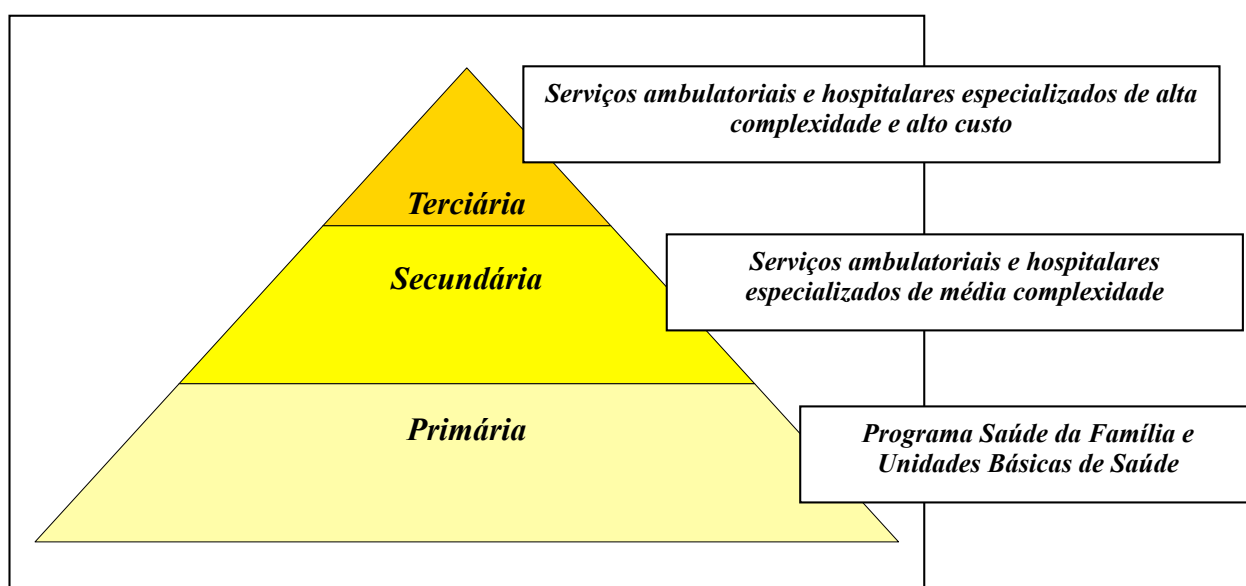
Pelo princípio da descentralização político-administrativa, o SUS organiza-se a partir da esfera nacional, estadual e municipal, cada uma com comando único e atribuições próprias. Os municípios têm assumido papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde; sendo as transferências de recursos financeiros do governo federal, que é responsável por 55% dos recursos do SUS, feitas fundo-a-fundo para os municípios com base no número de habitantes e no tipo de serviço oferecido.

Figura 2.1.2.1: Instâncias gestoras e controle social no SUS



A hierarquização e regionalização pressupõe uma categorização dos serviços de saúde em níveis de complexidade. O nível primário deve ser oferecido diretamente à população que vive em uma certa área de abrangência. Já os serviços de maior complexidade são menos numerosos e por isso sua área de abrangência é mais ampla.

Figura 2.1.2.2: Esquema simplificado da organização dos serviços de saúde do SUS



A Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999 acrescenta dispositivos à Lei 8.080, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena como um componente do Sistema Único de Saúde. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas buscou compatibilidade com as determinações da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde. O objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos

Indígenas é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde. Suas principais determinações podem ser assim descritas:

- *Financiamento de responsabilidade da União, com custeio e execução das ações de forma complementar pelos Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais;*
- *Concordância com os princípios do SUS no que tange a descentralização, hierarquização e regionalização;*
- *Implantação do modelo de Distritos Sanitário Especial Indígena;*
- *Acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, considerando-se os serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS como referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; para isso recomenda-se adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas.*
- *Direito da população indígena à participação de organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.*

Por ocasião da referida lei, o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade pela Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, ficando a Funasa com a responsabilidade de executar a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em parceria com a **Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS)**, responsável pela articulação do Ministério da Saúde junto às Secretarias Estaduais e Municipais de saúde. Ao SUS cabe ainda promover a articulação do Subsistema com os demais órgãos responsáveis pela Política Indígena do país, como a FUNAI e o Ministério da Educação.

#### **2.1.2.1 Áreas Priorizadas pelo Marco Normativo do Subsistema de Saúde Indígena**

Desde a regulamentação, em 1999, da Lei Arouca um extenso conjunto de normas foi promulgado para dar sustentação jurídica e administrativa ao subsistema. A seguir destacamos os principais aspectos tratados por essa legislação e indicamos as portarias responsáveis pela sua regulamentação.

A **estrutura organizacional** foi inicialmente definida em 10 de agosto de 2000 com a aprovação do Regimento Interno da Fundação Nacional de Saúde através da Portaria nº 410 da própria Funasa<sup>2</sup>. Nesta portaria aparece pela primeira vez de maneira detalhada a estrutura intrasetorial à qual está conectado o subsistema de Saúde Indígena. Nesse momento foram definidas as 16 Coordenações Regionais (COREs) da Funasa, às quais ficaram subordinados administrativamente os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e suas respectivas Casas de Saúde do Índio (CASAI). Em 31 de janeiro de 2002, através da Portaria nº 254 do Ministério da Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas que define tanto as funções dos DSEIs, quanto as de controle social a serem exercidas pelos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI). A Portaria nº 69 (MS) de 20 de janeiro de 2004 por sua vez autorizou a criação do Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, vinculado à Funasa. Em 28 de março de 2006 a Portaria Funasa Nº 233 institui o “Grupo de Trabalho de Reestudo da Abrangência dos DSEI”. Menos de um mês depois, a Portaria (FUNASA) Nº 394 de 24 de abril de 2006, revogou a Portaria anterior (nº 233) e institui um novo “Grupo de Trabalho de Reestudo da Abrangência dos DSEI” com a finalidade de incorporar recomendação feita na 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena sobre a autonomia gestora dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. No dia 17 de outubro de 2007, revogou-se a Portaria 1163/99 e, em seu lugar, foi editada a Portaria 2656, que estabelece “as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada dos Povos Indígenas”. Essa portaria aponta para a redução do papel das COREs no repasse de recursos e reforça o papel dos municípios no processo de descentralização desses recursos. Em 11 de Setembro de 2008 o Ministro da Saúde criou através da Portaria 1.922, Grupo de Trabalho 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. Esse grupo de trabalho deverá encaminhar proposta tendo em vista o encaminhamento ao Congresso Nacional do texto do Projeto de Lei No- 3.958/2008, que altera a Lei No- 10.683, de 28 de maio de 2003, e cria Secretaria na estrutura do Ministério da Saúde transferindo

---

<sup>2</sup> Na próxima seção são apresentados o conteúdo dessas várias portarias e a descrição das diversas instâncias, seus componentes e funções.



competências e atribuições exercidas pela Fundação Nacional de Saúde ao Ministério da Saúde.

Um outro grupo de portarias foca a **construção dos postos de saúde e da infra-estrutura sanitária**. Nessa linha a Portaria nº 479 (FUNASA) de 13 de agosto de 2001, instituiu diretrizes para elaboração de projetos de estabelecimentos de saúde, de abastecimento de água, melhorias sanitárias e esgotamento sanitário em áreas indígenas. A Portaria nº 1541 (FUNASA) de 7 de dezembro de 2007 estabeleceu “*critérios de priorização de obras de saneamento em áreas indígenas e manutenção das obras implantadas*”. Em 15 de agosto de 2008 através da Portaria nº 840 (FUNASA) revogou-se a Portaria nº 479 (FUNASA) de 13 de agosto de 2001 e foram definidas novas diretrizes “*para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas*”.

A partir de 2004, ênfase passa a ser dada à consolidação de um conjunto de **programas** voltados a enfrentar as causas de importantes agravos de saúde na população indígena. Nessa linha a Portaria nº 1 (FUNASA /Secretário de Ciência e Tecnologia, Insumos/ MS) de 17/03/2004 criou “Grupo de Trabalho para formulação de uma política de *assistência farmacêutica para povos indígenas*”. A partir de 2005 alguns Programas Nacionais de Atenção à Saúde, promovidos pelo Ministério da Saúde em nível nacional, passaram a ser direcionados, via rede SUS, para a rubrica Saúde Indígena. Nessa linha autorizou-se o repasse de recursos financeiros ao “Projeto de Implantação do Programa de DST/AIDS nos 34 Distritos Sanitários Indígenas” através de sucessivas portarias conjuntas assinadas entre a Secretaria Executiva do MS e a FUNASA, nos anos de 2005, 2006 e 2007 – Portarias nº 1 de 22/02/2005; nº 1 de 22.03.2006 e nº 3 de 18.03.2007. Dotações orçamentárias foram repassadas pelo Ministério da Saúde para a “*Prevenção, Controle e Combate da Malária em Áreas Indígenas*” nos anos de 2006 (Portaria nº 3028/MS de 27.11. Portaria Conjunta nº 5/SVS-FUNASA de 4.12.) e 2008 (Portaria Conjunta nº 01/SEC EX/MS, FUNASA de 14.04.). A Portaria nº 984 (FUNASA) de 06 de julho de 2006 instituiu o “Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas”, denominado SISVAN-INDÍGENA<sup>3</sup>, revogando a Portaria nº 2405 (MS) de 27.12.2002 que criara a o “Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas” e tornando a Fundação Osvaldo Cruz parceira do SISVAN-Indígena. A Portaria nº 2.759 (MS) de 25

---

<sup>3</sup> O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no nível SUS foi instituído pela Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004 do Ministério da Saúde.

de outubro de 2007 estabeleceu diretrizes gerais para a “Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas”, criando para tanto um Comitê Gestor para elaborar estratégias sobre esse tema.

A partir de 2005 amplia-se também a preocupação com a formação de **recursos humanos** e, em 04 de julho, as Portarias nº 1076 e nº 1088 tratam de definir “incentivos financeiros”, respectivamente, “*para organização das equipes multidisciplinares de atenção à saúde indígena*” e para “*atuação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e dos Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan)*”. A Portaria nº 1235 de 26 de junho de 2008, emitida pelo Ministério da Saúde, criou a “*Cria a Comissão de Estudo para elaboração de uma Política de Recursos Humanos para o Subsistema de Saúde Indígena.*”

A questão da regulamentação dos **convênios** ganha destaque com a Portaria nº 126 (FUNASA) de 04 de fevereiro de 2008 que regulamentou o acompanhamento da execução física e financeira pela Coordenação Regional e Distrito Sanitário Especial Indígena, com a participação do Controle Social Indígena, na Celebração e Execução dos Convênios de Saúde Indígena. Por fim, a Portaria nº 293 (FUNASA) de 7 de abril de 2008 estabeleceu “*critérios para celebração de convênios com entidades governamentais e não governamentais para a execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas*”, sendo que, dentre outras medidas, consta que “*... a celebração da parceria com entidades privadas sem fins lucrativos será precedida de chamamento público por meio de edital*”.

Essa breve retrospectiva da legislação promulgada entre 1999 e 2008 mostra o esforço feito ao longo desses anos para definir uma estrutura organizacional, mecanismos de controle social e um conjunto de programas básicos que possam garantir a operação do subsistema de saúde indígena. As portarias atestam uma preocupação crescente com a estrutura dos DSEIs, com a formação de recursos humanos e a oferta de um conjunto de programas de saúde em áreas reconhecidas como prioritárias, por exemplo, mortalidade infantil, saúde mental, nutrição e controle de doenças sexualmente transmissíveis.

### **2.1.2.2 Organograma do Subsistema: Articulações e Atribuições**

A Portaria do Ministério da Saúde nº 254 de 31 de janeiro de 2002 que, como vimos na sessão anterior, definiu pela primeira vez de maneira integral as diretrizes

para a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, indicou as articulações intrasetoriais e intersetoriais prioritárias para delimitação das responsabilidades institucionais dos órgãos envolvidos na formulação, execução, monitoramento e avaliação das ações previstas para implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

As **articulações intrasetoriais** indicam as relações entre as diversas secretárias, fundações, departamentos, divisões, coordenações e seções que compõem a estrutura organizacional interna do Ministério da Saúde, e que possuem responsabilidades e atribuições voltadas às ações de atenção à Saúde Indígena. A Portaria aponta que para o funcionamento adequado do subsistema é “necessário um envolvimento harmônico dos gestores nacional, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de um planejamento pactuado nos Distritos Sanitários Indígenas que resguarde o princípio da responsabilidade final da esfera federal e um efetivo Controle Social exercido pelas comunidades indígenas”.

Já as **articulações intersetoriais** dizem respeito às responsabilidades e interfaces existentes entre diversos órgãos governamentais envolvidos com o Subsistema, excetuando-se àqueles especificamente vinculados à estrutura organizacional interna do Ministério da Saúde. Alguns órgãos têm uma atuação mais intensa, como por exemplo, o Ministério da Educação e o Ministério Público Federal, enquanto outros uma atuação mais pontual, como o Ministério da Cultura e as Forças Armadas.

A seguir é realizada uma descrição mais detalhada dessas articulações com uma descrição das atribuições dos órgãos envolvidos na gestão do subsistema de saúde indígena.

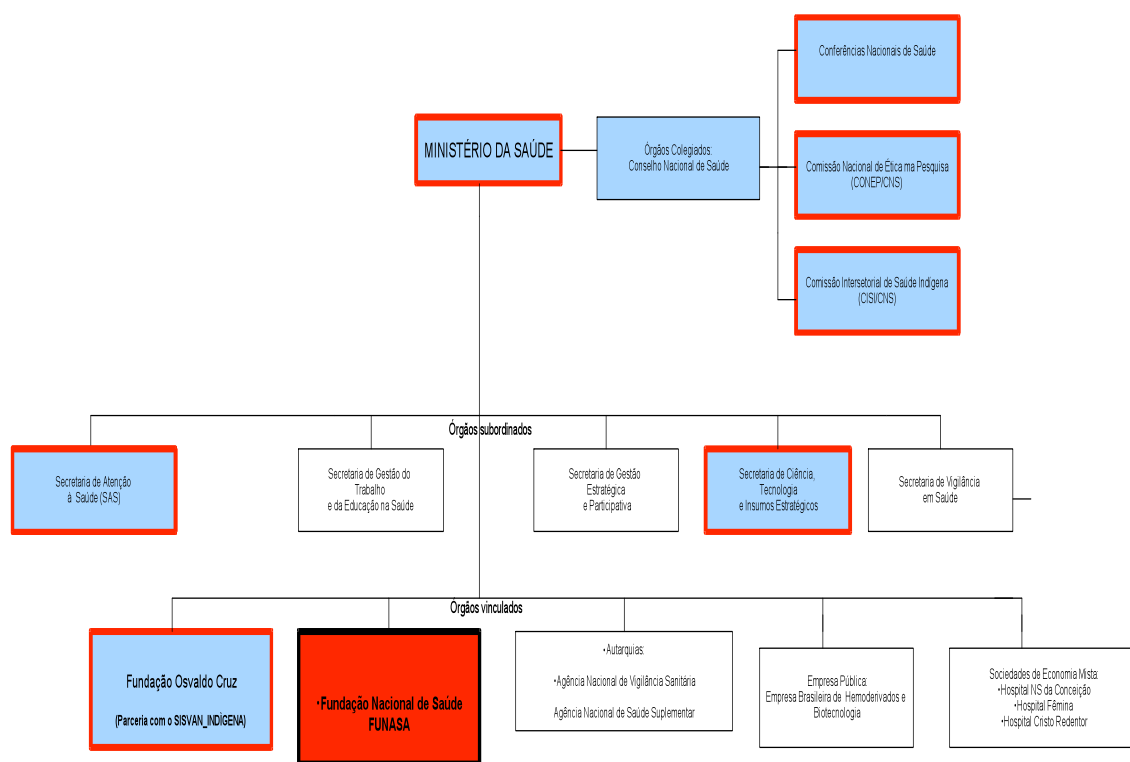
### **Articulações Intrasetoriais**

Conforme indicado no Art. 3º do Decreto Presidencial nº 3.156 de 27 de agosto de 1999, que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, cabe ao Ministério da Saúde o estabelecimento das políticas e diretrizes da política de saúde do índio, cuja execução das ações é atribuição exclusiva da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, uma das diversas instituições subordinadas administrativamente a este

ministério. A FUNASA também é responsável pelas ações de saneamento básico em todo território nacional, incluindo as terras indígenas.

O Ministério da Saúde, conta com diversas secretarias e fundações a ele vinculadas no apoio complementar as ações voltadas à implementação do Subsistema de Saúde Indígena, tais como: FIOCRUZ, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos, etc. As responsabilidades institucionais específicas dos órgãos intrasetoriais envolvidos com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena são encontradas em sua grande maioria na Portaria N° 1.776, de 8 de setembro de 2003, que aprovou o Regimento Interno da FUNASA<sup>4</sup>.

### Organograma Ministério da Saúde



Na estrutura mais ampla do Ministério da Saúde cabe as **Secretarias de Assistência à Saúde e de Políticas de Saúde** (em articulação com a FUNASA): (I) estabelecer diretrizes e normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; (II) promover a articulação

<sup>4</sup> Algumas destas atribuições podem também ser encontradas na LEI N° 9836 de 23 de setembro de 1999 que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, e nas PORTARIAS N° 852 (FUNASA) de 30/09/199 e N° 254 (MS) de 31/01/ 2002. Deve ser destacada também a publicação da PORTARIA N° 70/GM, de 20 de janeiro de 2004, que definiu com maior precisão as responsabilidades institucionais dos órgãos intrasetoriais que conformam o eixo central do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

intersetorial e intra-setorial com as outras instâncias do Sistema Único de Saúde, coordenar a execução das ações de saúde e exercer a responsabilidade sanitária sobre todas as terras indígenas no país, e (III) implantar e coordenar o sistema de informações sobre a saúde indígena no país.

A **Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos**, em conjunto com a FUNASA, faz parte desde 2004 de um grupo de trabalho responsável pela formulação de uma política de **assistência farmacêutica** para povos indígenas. Além disso, a **Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ)** passou a ser parceira da FUNASA na implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) a partir de 2006.

## **FUNASA**

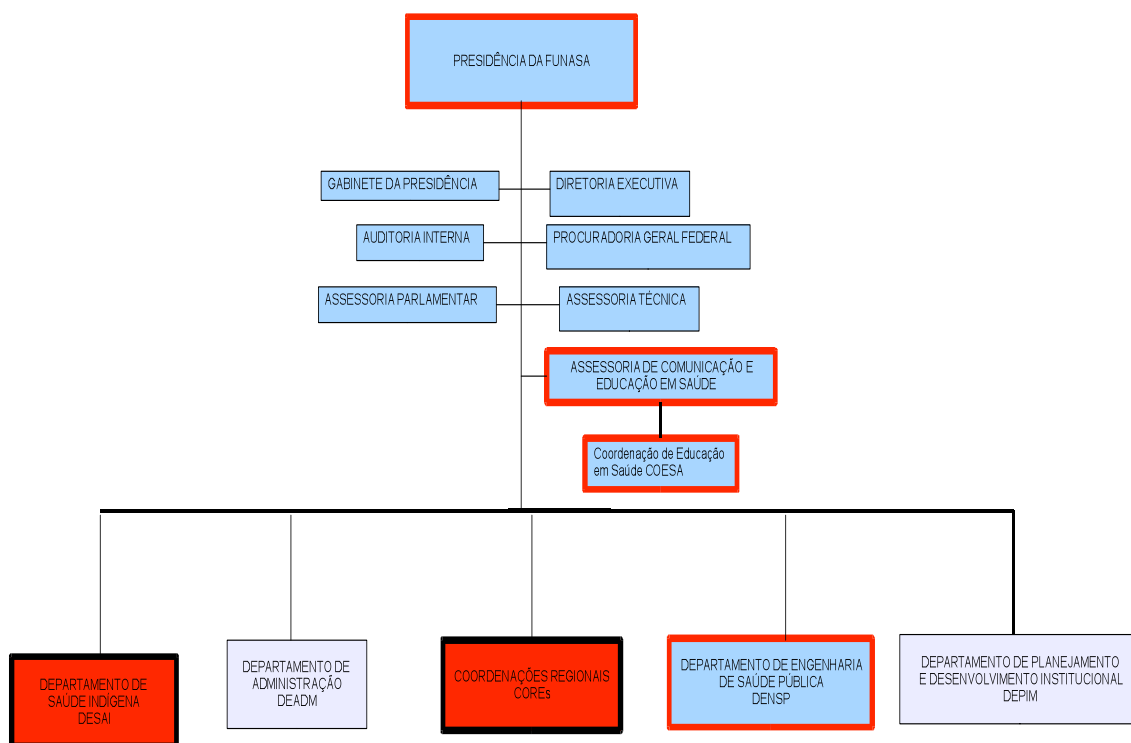
Os principais departamentos, gerências e coordenações que conformam o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena fazem parte da estrutura organizacional da FUNASA. Dentro desta estrutura, as principais instâncias envolvidas na formulação, articulação e execução da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena são o **Departamento de Saúde Indígena (DESAI)**, as **Coordenações Regionais (COREs)** e os **Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)**.

As outras instâncias que têm funções associadas ao subsistema dentro da estrutura interna da FUNASA são a **COESA - Coordenação de Educação em Saúde Assessoria de Comunicação** que tem a função de gerenciamento, articulação e implementação das ações de **Educação em Saúde** junto às comunidades indígenas. Ao **DENSP - Departamento de Engenharia de Saúde** cabe o planejamento, a coordenação e a supervisão da execução das atividades relativas a sistemas e serviços de **saneamento ambiental**, incluindo as áreas indígenas, em articulação com o Departamento de Saúde Indígena – DESAI<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Dentre as quatro coordenações internas ao DENSP, a **COSAN - Coordenação de Saneamento e de Edificações em Áreas Indígenas**, além de coordenar, acompanhar e avaliar, em articulação com o DESAI, as ações de saneamento e edificações em áreas indígenas, é responsável também por prestar apoio técnico a órgãos governamentais e não governamentais na estruturação destas ações. Note-se que na estrutura organizacional de cada Coordenação Regional existe também uma divisão voltada para o tema do saneamento em áreas indígenas (**DIESP - Divisão de Engenharia de Saúde Pública**).

## Organograma FUNASA



A seguir é feita uma apresentação detalhada das atribuições dos departamentos, gerências e coordenações que conformam o cerne do Subsistema de Saúde Indígena a saber, DESAI, CORE e DESEI.

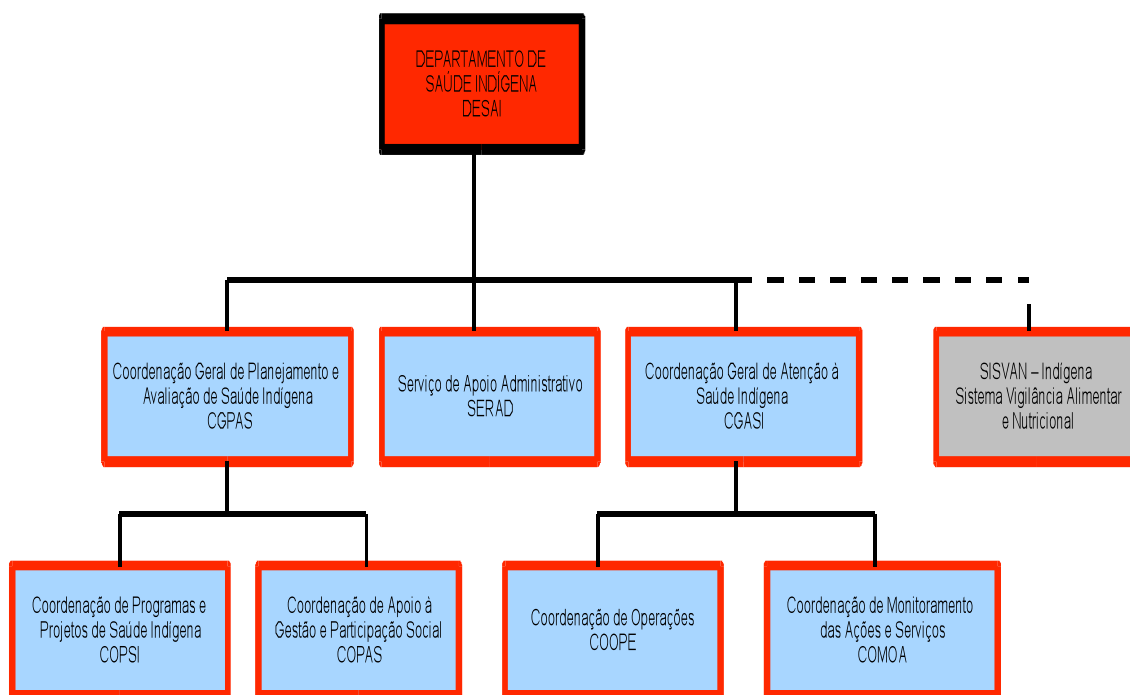
### DESAI – Departamento de Saúde Indígena

Ao DESAI cabem as atribuições mais estratégicas envolvidas na implementação do Subsistema: (I) a implantação de instrumentos para **organização gerencial e operacional das ações de atenção à saúde dos povos indígenas e a proposição de alterações nas áreas de abrangência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas**; a proposição das normas, critérios, parâmetros e métodos para a **alocação de recursos financeiros**; (II) a coordenação e execução do **sistema de informação da saúde indígena**; a promoção e a divulgação da análise das informações geradas pelos sistemas de informação da saúde indígena; (III) a **supervisão e avaliação das ações desenvolvidas no âmbito dos DSEI**; o controle da qualidade e avaliação das ações de saúde indígena; (IV) a **articulação com os órgãos responsáveis pela política indígena no país**; o

planejamento e a coordenação da assistência farmacêutica; o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades indígenas;

O DESAI é composto por quatro coordenações e algumas sub-coordenações às quais são distribuídas esse conjunto de atribuições.

#### Organograma DESAI



Ao **SERAD - Serviço de Apoio Administrativo** cabe executar as atividades de apoio administrativo; ao **CGPAS - Coordenação-Geral de Planejamento e Avaliação de Saúde Indígena**, a coordenação do processo de planejamento interno do Departamento; ao **COPSI - Coordenação de Programas e Projetos de Saúde Indígena**, o apoio aos projetos na área de assistência à saúde indígena em níveis federal, estadual e municipal e de suporte a elaboração dos Planos Distritais e Locais de Saúde Indígena; ao **COPAS**-Coordenação de Apoio à Gestão e Participação Social, cabe a coordenação das atividades relativas a capacitação de recursos humanos para a área de saúde indígena; ao **CGASI - Coordenação-Geral de Atenção à Saúde Indígena**, a coordenação do processo de organização dos serviços de saúde indígena e a coordenação das ações de saneamento e edificações em áreas indígenas em articulação com o DENSP; a **COOPE - Coordenação de Operações** cabe a

elaboração das normas e diretrizes para a operacionalização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, a orientação dos DSEI na organização da rede de serviços e na implantação e desenvolvimento de programas especiais, o apoio ao sistema de referência e contra-referência da saúde indígena; a **COMOA - Coordenação de Monitoramento das Ações e Serviços** cabe o planejamento, a coordenação e a supervisão dos processos de coleta, registro, armazenamento, processamento e análise de dados de saúde das populações indígenas, a orientação dos DSEI na implantação de sistemas de informações de saúde indígena, a consolidação, sistematização e disponibilização das informações elaboradas pelo DESAI, a coordenação da realização de pesquisas avaliativas dos DSEI, a participação e acompanhamento nas pesquisas epidemiológicas em saúde indígena em articulação com outros órgãos e, por fim, a constituição e manutenção de um banco de dados antropológicos e epidemiológicos atualizados.

### **COREs – Coordenações Regionais da FUNASA**

As COREs são unidades descentralizadas, diretamente subordinadas ao Presidente da FUNASA, às quais compete coordenar, supervisionar e desenvolver as atividades do órgão nas suas respectivas áreas de jurisdição, quais sejam: as ações de saneamento nos municípios e as ações de saúde indígena.

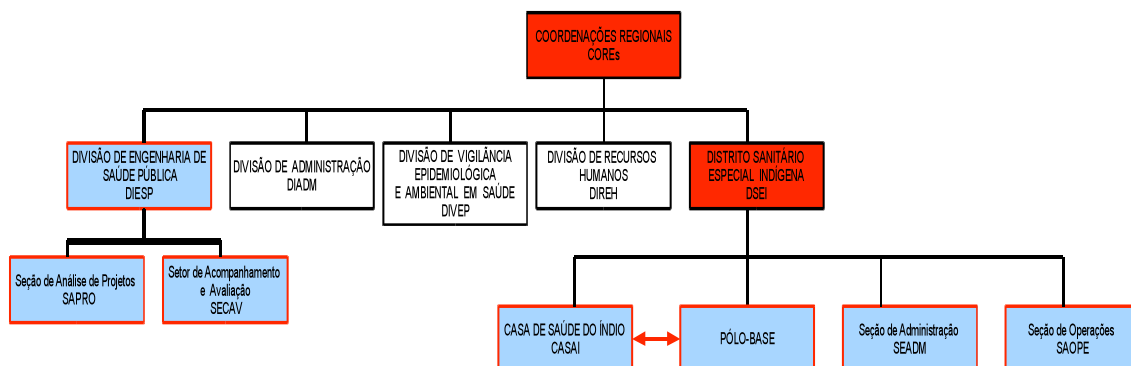
Na região norte existem 7 Coordenações Regionais (AC, AP, AM, PA, TO, RR, RO); na região centro-oeste 3 (GO, MT, MS); na região nordeste, 6 (AL, BA, CE, MA, PB, PE); na região sul-sudeste, 4 (MG, PR, RJ, SC). A cada uma destas 20 coordenações regionais estão subordinadas instituições de ponta do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena: 34 Distritos Sanitários, as 38 Casas do Índio e os 354 pólos-base.

Cada uma das Coordenações Regionais é formada por 5 divisões responsáveis por implementar as diversas atribuições relacionadas ao saneamento básico em território nacional, além daquelas arroladas acima relativas à Saúde Indígena. Entretanto, somente em duas delas, nos **Distritos Especiais Indígenas (DSEI)** e na **Divisão de Engenharia de Saúde Pública (DIESP)** é possível identificar regimentalmente atribuições voltadas especificamente à Saúde Indígena. Ao DIESP cabe a execução das ações de saneamento e edificações em áreas indígenas, ou seja, a



coordenação, o acompanhamento e a prestação de suporte técnico a operação e manutenção de sistemas de saneamento em áreas indígenas<sup>6</sup>.

### Organograma CORE



Em **20 de janeiro de 2004**, a **Portaria nº 70/MS**, definiu com mais precisão as atribuições das COREs relativas ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, enfatizando seu papel de coordenadora e articuladora da execução das ações de saúde indígena no âmbito de cada estado ou região de atuação. De acordo com essa Portaria cabe às CORE: (I) o **planejamento em conjunto com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)** – órgãos subordinados às COREs administrativamente - **das ações integrais de saúde indígena**; a articulação junto à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) do **fluxo de referência de pacientes** do distrito sanitário aos serviços de média e alta complexidade do SUS e, ainda, a execução das atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA; (II) a **articulação do controle social** promovendo junto aos Conselhos Estaduais de Saúde a criação de comissões técnicas de saúde indígena; a garantia das condições para a implantação e implementação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena; a homologação e posse dos membros dos Conselhos Locais de Saúde Indígena; (III) a **articulação intersetorial** no âmbito de cada unidade federada com os órgãos envolvidos com a política indígena e o desenvolvimento de ações visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde - doença das coletividades.

<sup>6</sup> Dentro da estrutura do DIESP existem duas seções vinculadas diretamente à questão indígena: a **SAPRO-Seção de Análise de Projetos** que coordena a elaboração de projetos técnicos de engenharia de saúde pública destinados aos serviços de saúde indígena e a **SECAV-Sector de Acompanhamento e Avaliação** a quem cabe coordenar a execução, a operação e a manutenção de sistemas de saneamento e de edificações de saúde em áreas indígenas.

## DSEI

O Subsistema de Saúde Indígena foi criado de forma a propiciar aos povos indígenas uma assistência integral à saúde, levando-se em conta às especificidades culturais (afinidades étnicas, organização social, formas tradicionais de ocupação do território, respeito às concepções e práticas tradicionais relacionadas aos processos de saúde e doença), os aspectos demográficos, geográficos destas populações, bem como sua vulnerabilidade frente aos agravos de saúde. Visando atender esta complexidade sócio-cultural (227 povos, 180 línguas, 626 TIs, 600.000 índios; ISA 2008), o subsistema foi organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), com bases territoriais específicas, estabelecidas a partir dos 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.

A portaria (MS nº 254/02) que aprovou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas aponta que a definição e organização dos DSEIs baseia-se em *discussões e debates com a participação de lideranças e organizações indígenas, do órgão indigenista oficial, de antropólogos, universidades e instituições governamentais e não-governamentais que prestam serviços às comunidades indígenas, além de secretarias municipais e estaduais de saúde*. Dessa forma, foram estabelecidos 34 DSEIs, subordinados e distribuídos entre cada uma das 20 Coordenações Regionais (COREs) da FUNASA em todo país.

Segundo essa Portaria, os Distritos são definidos como *modelo de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de*

*saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.*

Em termos organizacionais, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas estão vinculados administrativamente às Coordenações Regionais (COREs) classificadas como de Classe “A” e, segundo a PORTARIA N° 70/GM, de 20 de janeiro de 2004 - que acrescentou novas responsabilidades e interfaces aos DSEI - estão definidos como estruturas compostas pelos Pólos-Base (com equipes multidisciplinares de saúde indígena) e pela Casa do Índio (CASAI) que apóia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade. O chefe do DSEI é a autoridade sanitária responsável pela saúde na área de abrangência do Distrito

Cada um dos 34 DSEI conta com uma rede de serviços hierarquizada com complexidade crescente, articulada ao Sistema Único de Saúde, de forma a garantir o acesso aos povos indígenas à assistência de média e alta complexidade.

Em período recente há um esforço sendo feito pela FUNASA no sentido de agrupar os DSEIs que devem ser priorizados no processo de implementação de diferentes programas de saúde. Esse agrupamento que vem sendo feito com base, sobretudo, no perfil epidemiológico dos DSEI deverá, segundo os especialistas, ser refinado para dar conta de outros aspectos da heterogeneidade que existe entre eles seja em termos do seu tamanho, do perfil sociocultural da população, dos arranjos organizacionais adotados ou da capacidade instalada.

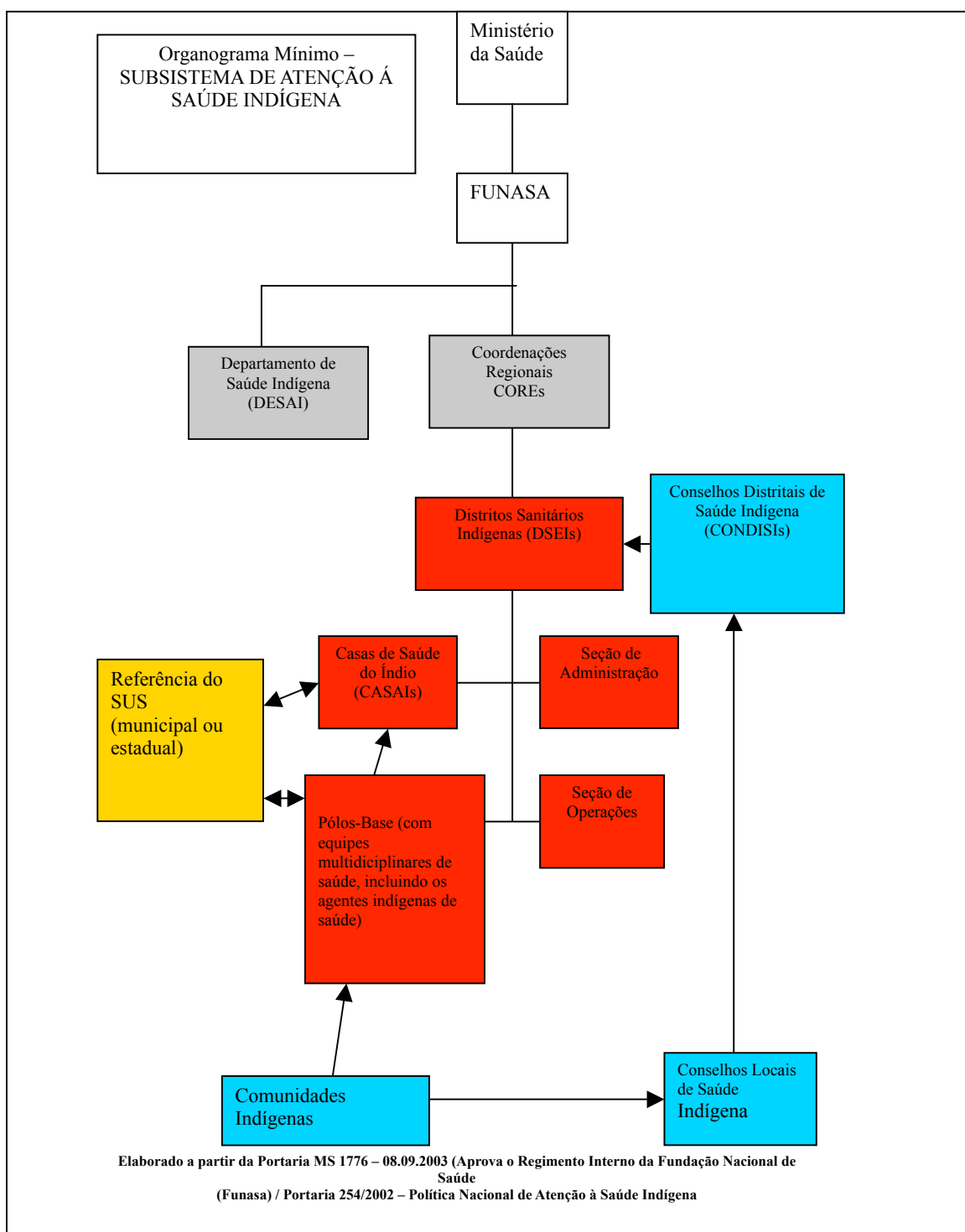
O atendimento primário é realizado a partir dos postos de saúde e pólos-base, que funcionam como UBS locais e contam prioritariamente com a atuação de uma Equipe Multidisciplinar composta por um médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde (AIS). Os pólos-base podem estar localizados tanto nas Terras Indígenas, quanto em municípios de referência. Cada pólo-base, com sua equipe, cobre um conjunto de aldeias e é responsável pela capacitação e supervisão do trabalho dos AIS. As demandas que não são atendidas no grau de resolutividade dos pólos-base e da rede do SUS próxima às terras Indígenas, são encaminhadas à CASAI. A CASAI funciona basicamente como local de recepção e apoio entre os pólos-base e a rede de serviços do SUS, localizada em municípios de referência e algumas nas capitais dos estados. Vários analistas têm chamado a atenção para os problemas logísticos e culturais que surgem na intersecção entre a atenção

básica e de média e alta complexidade. Esse tema será explorado nas próximas etapas dessa consultoria.

A cada um dos DSEI cabe as seguintes atribuições: (I) **planejar, coordenar, e executar as ações integrais de saúde na área de abrangência do distrito sanitário especial indígena**; executar o fluxo de referência e contra referência de pacientes no distrito sanitário a serviços de média e alta complexidade; articular as práticas de Saúde Indígena com a medicina tradicional, respeitando as características culturais indígenas; propor e executar programas e ações emergenciais, fundamentados em dados epidemiológicos (II) alimentar os **sistemas de informação** da saúde indígena e consolidar as informações epidemiológicas e de saúde referentes à sua área de abrangência; (III) executar **atividades administrativas** relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da FUNASA (IV) **acompanhar e avaliar** todas as ações de saúde desenvolvidas em sua área de abrangência com base em indicadores de saúde e desempenho; avaliar e controlar a qualidade da assistência prestada em seu território de abrangência; (V) assegurar as condições para o **controle social** com a implantação e implementação dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde indígena; (VI) promover as **ações intersetoriais**, executar em conjunto com o Setor de Engenharia e Saúde Pública o Saneamento e a Vigilância Ambiental; executar em conjunto com Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde as ações de educação em saúde.

O gráfico abaixo mostra as instâncias responsáveis pela execução dessas ações e apresenta a relação hierárquica que liga as aldeias ao órgão intrasetorial responsável pela execução da Saúde Indígena: a Funasa.

## Organograma DSEI



As atribuições do DSEI estão distribuídas entre essas instâncias da seguinte forma: À **SAADM-Seção de Administração** cabe executar as atividades de apoio administrativo que possibilitem o funcionamento das atividades do Distrito. À **Seção de Operações (SAOPE)** cabe implantar rede de serviços de atenção básica

de saúde, estabelecendo referências para atenção de média e alta complexidade e realizar acompanhamento, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pela rede distrital de saúde, mantendo atualizado o quadro de população e o perfil epidemiológico das comunidades indígenas do Distrito. À **Casa de Saúde do Índio (CASAI)** cabe receber pacientes e seus acompanhantes encaminhados pelos Distritos e cuidar durante o período de tratamento médico, passando pelo acompanhamento de pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares e pela prestação de assistência de enfermagem aos pacientes pós hospitalização e em fase de recuperação, até a realização das ações de contra-referência com os Pólos Bases e articulação do retorno dos pacientes e acompanhamento aos seus domicílios por ocasião da alta. De acordo com a Portaria MS nº254 (31/01/2002), que regulamenta a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, os **Pólos-Base** são a primeira referência para os agentes indígenas de saúde que atuam nas aldeias. Podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência. Neste último caso, correspondem a uma unidade básica de saúde, já existente na rede de serviços daquele município. A maioria dos agravos à saúde deverá ser resolvida nesse nível.

As formas de organização do trabalho dentro dos DSEIs e Polos-Base, as dinâmicas de referência e contra-referência e o grau de articulação com os gestores municipais e estaduais variam consideravelmente entre os distritos. Uma visão mais detalhada dessas diferenças poderá ser encontrada na discussão do modelo de atenção.

### **Articulações Intersetoriais**

O desempenho adequado do subsistema envolve para além das instâncias internas ao Ministério da Saúde a outros entes estatais. Cabe destacar nesse sentido a importância das **Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde** que devem, ainda segundo a portaria No. 254, atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o Ministério da Saúde/FUNASA. É 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. Deverá se dar atenção, também, às doenças crônico-degenerativas (como o câncer cérvico-uterino; diabetes etc.) que já afetam grande parte da população indígena no país.

A articulação com a FUNAI para a construção de parcerias intersetoriais para a condução da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena deve ser destacada. De acordo com a Portaria nº 254 (MS) cabe a **Fundação Nacional do Índio** *fazer o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas em prol das comunidades indígenas. Ao **Ministério da Educação**, em estreita cooperação com as Secretarias Estaduais de Educação, cabe a integração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com os currículos básicos das escolas indígenas, a garantia do ensino fundamental como componente na formação dos Agentes Indígenas de Saúde, o envolvimento das universidades nas atividades de pesquisa e extensão, a capacitação e certificação dos agentes indígenas de saúde e dos profissionais de saúde que atuam nas áreas.*

No caso da articulação com agências de cooperação internacional encontramos a interface do Subsistema com o **Projeto VIGISUS**. Dividido em três fases e em dois componentes distintos, este Projeto é fruto de um acordo de empréstimo celebrado entre o Banco Mundial e o Governo Brasileiro desde 1998. O Componente II - Saúde Indígena, subordinado diretamente à Presidência da FUNASA, atua no fortalecimento da saúde indígena e no saneamento em comunidades remanescentes de quilombos<sup>7</sup>.

Articulações importantes também acontecem com as Forças Armadas (forças-tarefas de combate as doenças mais graves que atingem a população indígena, principalmente na região amazônica); com o Tribunal de Contas da União, com a Controladoria Geral da União (fiscalização do fluxo financeiro do Subsistema) e com o Ministério do Planejamento (política de contratação de pessoal via concurso público).

As articulações através do estabelecimento de convênios com instituições não estatais, ONGs e OSCIPs, assumiram, por sua vez, papel importante na consecução de tarefas administrativas e de prestação de serviços de responsabilidade do subsistema. Essas articulações são tratadas com mais detalhe em outra seção desse documento. Aqui cabe comentar que na prática esses convênios criaram uma nova linha de delegação de responsabilidades e recursos uma vez que a presidência da Funasa assina convênios diretamente com os prestadores de serviço de saúde conveniados. Já as COREs assinam convênios com os prestadores de serviços administrativos.

---

<sup>7</sup> Maiores detalhes podem ser encontrados no Anexo.

### 2.1.2.3 Controle Social e Político

Um aspecto importante no desenho do subsistema diz respeito às instâncias de controle social e político associadas tanto aos atores da sociedade civil organizada, quanto dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário.

Ao **Ministério Público Federal** cabe nos termos do art. 129, inciso V, da Constituição da República c/c art. 5º, inciso III e da Lei Complementar nº 75/93 *a garantia do cumprimento dos preceitos constitucionais assegurados aos povos indígenas no país, que devem obedecer aos princípios da autonomia, equidade e respeito à diversidade cultural em todas as políticas públicas a eles destinadas.*

Ao **Tribunal de Contas** cabe fiscalizar as contas<sup>8</sup>. Além disso, em anos recentes cabe destacar a atuação da 6ª Câmara de Controle e Revisão da Procuradoria-Geral da República, a CPI das Organizações não Governamentais conveniadas com a FUNASA e a atuação dos Tribunais de Conta dos Estados auditando as contas dos convênios.

Na esfera do controle social foram definidos os conselhos que devem garantir a participação e a fiscalização dos usuários dos serviços de saúde. No plano local e regional existem os **Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI)** que são instâncias de controle social de caráter deliberativo e constituído de acordo com a Lei n.º 8.142/90. Tem composição paritária entre representantes dos povos indígenas atendidos pelo distrito sanitário de referência e outros representantes envolvidos com a saúde indígena. São formalizados pelo Presidente da Funasa, mediante Portaria Ministerial publicada em Diário Oficial. Hoje estão organizados 34 Conselhos Distritais de saúde Indígena e a Portaria N° 70/GM, de 20 de janeiro de 2004 definiu que lhes compete a **aprovação e o acompanhamento da execução do plano distrital de saúde indígena**, elaborado pelos gestores dos Distritos Sanitários em articulação com as demais instituições que compõem o eixo central do Subsistema de Saúde Indígena; o acompanhamento das ações dos Conselhos locais de saúde indígena; e o **exercício do controle social das atividades de atenção à saúde indígena**. Ao DSEI cabe garantir recursos para o funcionamento desses conselhos

---

<sup>8</sup> No âmbito do Executivo estão previstos atos próprios aos sistemas de fiscalização, auditoria (tomada de contas, inspeção e atos decorrentes) e correção internos à atividade administrativa.



enquanto à Coordenação de Apoio à Gestão e Participação Social (COPAS/DESAI) cabe a responsabilidade pela capacitação dos conselheiros.

Os **Conselhos Locais de Saúde Indígena** são constituídos exclusivamente por representantes das comunidades indígenas da área de abrangência dos pólos-base, mas, eventualmente, ocorre a participação de membros da equipe de saúde. Existem 337 conselhos locais de saúde os quais têm suas próprias regras de funcionamento, respeitando-se a forma de como a comunidade está organizada. Os representantes que fazem parte do Conselho Local de Saúde são escolhidos pelas comunidades daquela região, tendo sua indicação formalizada pelo chefe do Distrito. Essa é uma instância privilegiada para articulação com gestores locais para encaminhamento das discussões pertinentes às ações e serviços de saúde. (Portaria MS nº254/02).

No plano nacional, a **Comissão Intersetorial de Saúde Indígena – CISI** aparece como instância de formulação de diretrizes para a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena e o controle social, Essa comissão é um espaço privilegiado para a participação de diversos atores governamentais e, particularmente, não-governamentais na condução da saúde indígena (organizações indígenas, organizações indigenistas como o Conselho Indigenista Missionário/CIMI e instituições de pesquisa como a Associação Brasileira de Antropologia). Com atribuições aparentemente sobrepostas ao CISI, o Ministério da Saúde instituiu duas novas instâncias de controle social da Saúde Indígena: em 2004 o **Comitê Consultivo da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas** formado por representantes governamentais e não-governamentais e, em 2006, o **Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena** que tem por finalidade zelar pelo cumprimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde, das Leis Complementares Específicas a Saúde Indígena, promover o fortalecimento e a promoção do controle social em saúde e atuar na formulação e no controle da execução da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.

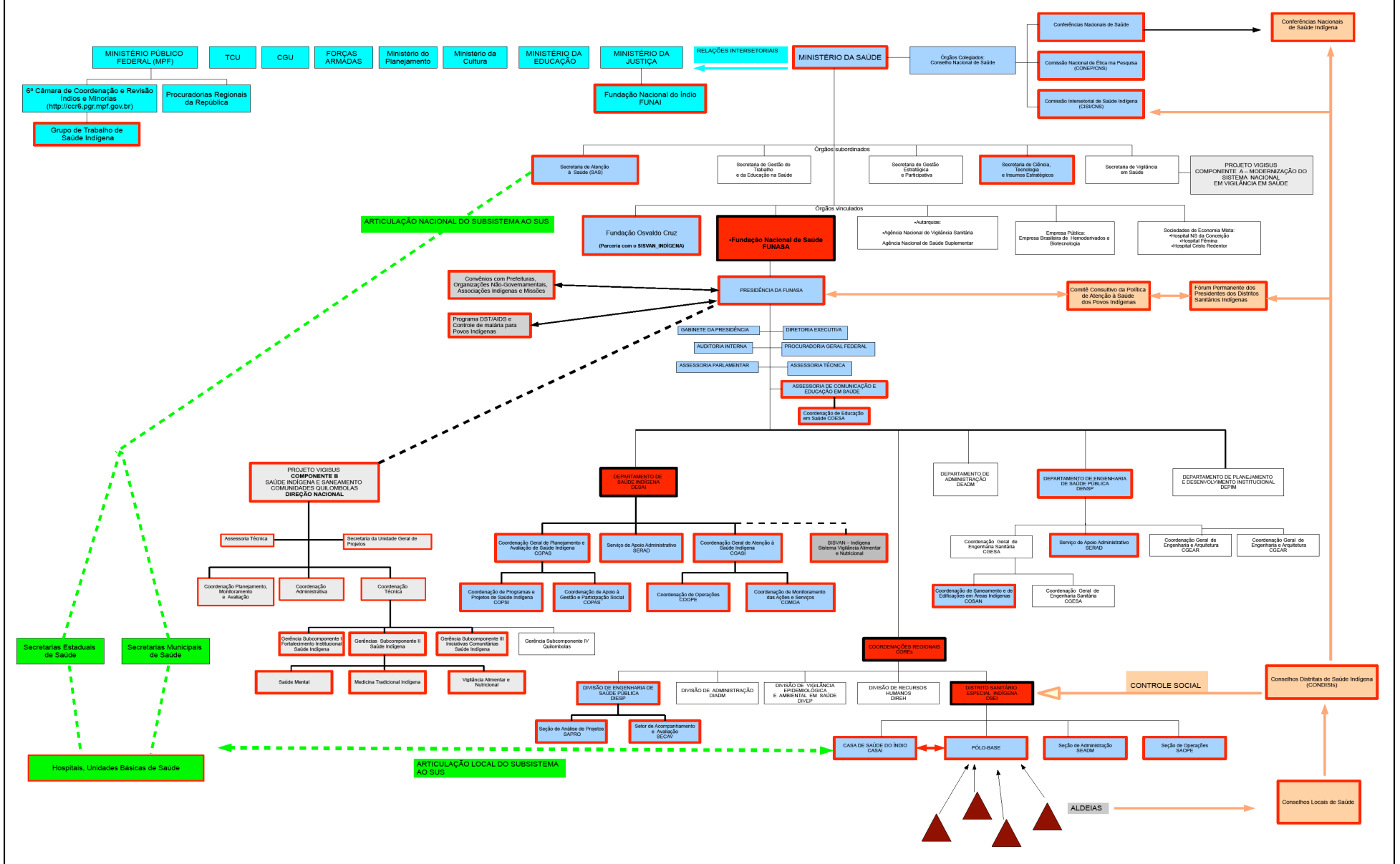
Atuando de forma acontecem as **Conferências de Saúde Indígena** que reúnem além dos atores diretamente vinculados à saúde indígenas vários outros atores associados à questão indígena como, por exemplo, antropólogos e indigenistas. Desde a criação do subsistema em 1999 tiveram lugar duas dessas conferências. A 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena aconteceu em maio de 2001 com o mesmo tema central da XI Conferência Nacional de Saúde, “Efetivando o SUS: acesso,

qualidade e humanização na atenção à saúde indígena com controle social”. Entre 27 e 31 de março de 2006 realizou-se em Rio Quente (MG) a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (Rio Quente-MG), convocada pela Portaria nº 963 (MS) de 24 de junho de 2005. O tema chave foi “Distrito Sanitário Especial Indígena: Território de Produção de Saúde, Proteção da Vida e Valorização das Tradições” tendo a Conferência focado suas recomendações no sentido de se garantir autonomia administrativa e financeira integral para os Distritos Sanitários Indígenas.

No âmbito do SUS temos ainda o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos de Secretários Municipais e Estaduais (CONASEMS, CONASS) e as Comissões bi e tripartites formada por representantes do Ministério e desses conselhos (CIB e CIT). Esses conselhos e comissões têm aparecido cada vez mais nos debates sobre saúde indígena à medida que grupos de secretários passaram a advogar pela estrita vinculação da política de saúde para os povos indígenas à rede municipal do SUS opondo-se, assim, à própria noção de um subsistema.

O organograma abaixo apresenta o conjunto de instâncias descritas acima e apresenta suas relações intra e interinstitucionais.

ORGANOGRAMA DE RELAÇÕES INTERSETORIAIS E INTRASETORIAIS RELATIVO AO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA



#### **2.1.2.4 Comentários sobre a estrutura institucional**

1) A **sistematização das principais portarias emitidas** no período testemunha a centralidade do debate acerca da organização dos DSEIs e o lugar proeminente que os programas de Saúde do Ministério (Saúde da mulher, bucal, nutrição....) vêm ganhando na organização dos serviços prestados pelo subsistema. Essas portarias apontam para:

- A crescente importância dos programas de Saúde do Ministério na estruturação do subsistema. Esse fato é confirmado tanto pelo número de portaria que os regulamentam quanto pelo espaço crescente reservado a esses programas nos planos distritais.
- As portarias que tratam dos DSEI centram em dois temas: área de abrangência e funções, sinalizando para o que é hoje um debate central entre os que trabalham com Saúde indígena: autonomia dos DSEIs *versus* municipalização.
- Com menos ênfase, mas ainda com destaque, aparecem as portarias que tratam de recursos humanos, da criação de infra-estrutura sanitária e de postos de Saúde, do controle social e dos convênios.

No seu conjunto essas portarias atestam o enorme esforço feito ao longo dos últimos nove anos para a construção de um arcabouço legal e institucional para o Subsistema de Saúde Indígena.

2) A **descrição das relações intra e intersetoriais** mostra um quadro institucional complexo onde várias organizações estatais, públicas, agências de cooperação e ONGs devem se coordenar para garantir o adequado funcionamento do subsistema de Saúde indígena.

#### **2.1.2.5 Breve Balanço**

O subsistema enfrenta o desafio de atender adequadamente às populações indígenas, as quais ainda apresentam elevados níveis de necessidades não atendidas, seja por viverem em áreas onde os serviços de saúde municipais ainda são precários e pela falta de preparo dos prestadores de serviços para lidarem com essa população seja, ainda, pela crença, herdada dos tempos em que a FUNAI era responsável pela saúde do

índio, de que o subsistema é integralmente responsável pela totalidade da atenção à saúde dessas populações. Apresentamos a seguir um breve balanço dos avanços e problemas identificados nessa estrutura. Na seção seguinte apresentamos um Balanço dos problemas que devem ser equacionados para que o subsistema enfrente com sucesso o desafio de organizar uma estrutura eficiente que seja capaz de garantir à população indígena acesso equitativo e integral à saúde.

O Subsistema de Saúde Indígena conta hoje com uma rede de serviços públicos de saúde focada na atenção às populações indígenas aldeadas. São mais de 300 pólos bases, 54 CASAs e 34 Distritos que cobrem aproximadamente 4.000 aldeias. A FUNASA regulamenta a organização desses serviços definindo os fluxos tanto de pacientes, insumos e informações, quanto de recursos humanos, financeiros e administrativos.

De acordo com levantamentos do SIASI, atualmente existem cerca de 340 pólos-base e 400 postos de saúde para atender as populações indígenas. O impacto desses investimentos se fez notar sobre o perfil populacional que mostra uma tendência de crescimento, com incremento populacional de 4,6% anual e um acumulado de 18,5% para o período de 2002 a 2006. Já a mortalidade infantil apresentou redução, de 74,6 por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 48,5 por 1.000 nascidos vivos em 2006. Apesar desses avanços, os indicadores de saúde ainda mostram resultados proporcionalmente piores quando comparados à população não indígena. O coeficiente de mortalidade infantil nacional de 2007 foi de 22,6 por 1.000 nascidos vivos (SIASI, 2008; Relatório de Gestão Funasa, 2007)

O sistema de planejamento define mecanismos que procuram articular as diretrizes indicadas no plano federal pelo DESAI e pela SAS aos planos anuais elaborados pelos técnicos e conselheiros dos DSEIs. O SIASI, um sistema de informação e monitoramento que em 2007 possuía um cadastro com 488.441 indígenas, subsidia o processo de planejamento e avaliação. Os planos distritais e o relatório de gestão documentam esse processo.

Trezentos e trinta e sete conselhos locais de saúde foram organizados e hoje se somam aos conselhos distritais e nacional e ao Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos distritais para expressar o posicionamento das populações indígenas sobre a política de saúde e sua opinião sobre a adequação dos serviços prestados.

### **2.1.2.6 Problemas**

O material coletado nas Oficinas, nos estudos de caso, nas entrevistas e no material secundário a que tivemos acesso sugere que, apesar dos avanços reportados acima, o subsistema segue enfrentando problemas organizacionais importantes. Esses problemas se revelam no desempenho extremamente desigual dos Distritos e na percepção relativamente generalizada de que os serviços locais carecem de boas condições de funcionamento, assim como sobre os problemas no sistema de referência e contra-referência.

Outra questão observada é a duplicação de funções administrativas e de capacitação entre várias áreas do DESAI, das COREs e dos DSEIs. A avaliação gerencial, realizada pelo Departamento de Saúde Indígena da Funasa – DESAI em 2007, apontou, ainda, para a pequena autonomia dos DSEI, a dependência administrativa destes em relação às Coordenações Regionais da Funasa – CORE e a grande centralização de decisões na instância central da Funasa (DESAI e Presidência).

A débil articulação entre os fluxos de recursos, de planejamento e de avaliação, também foi repetidamente apontada pelos vários módulos dessa consultoria. Os recursos são distribuídos através de três fluxos controlados por diferentes autoridades: o poder de contratação sobre os serviços administrativos e parte dos serviços de Saúde corre pela linha de comando das COREs, enquanto outra parte do poder de contratação de serviços vai diretamente da diretoria da FUNASA para os prestadores contratados e há, ainda, uma terceira linha de financiamento que vai do Ministério para as prefeituras. Essa multiplicidade de fluxos tem diluído as linhas de autoridade, dificultando tanto a coordenação, quanto o controle sobre a qualidade dos serviços prestados pelo subsistema. Essa situação tem contribuído para fragilizar as autoridades do subsistema, comprometendo sua capacidade de articular parcerias, monitorar o desempenho dos diferentes agentes envolvidos na prestação de serviços e tomar medidas corretivas, comprometendo o desempenho do subsistema de saúde indígena.

A análise das relações intersetoriais e intrasetorial aponta para um quadro institucional complexo, onde várias organizações estatais, públicas, agências de cooperação e ONGs devem se coordenar para garantir o adequado funcionamento do subsistema de Saúde Indígena. No plano intersetorial podemos citar como exemplo o papel central que os Ministérios da Saúde, da Justiça (FUNAI), da Educação e do Desenvolvimento Social desempenham na promoção da saúde das populações

indígenas. No plano intrasetorial um bom exemplo dessa complexidade é dado pelo planejamento distrital feito a partir do Plano Distrital. Trata-se de responsabilidade da equipe do DSEI que, após receber orientações e diretrizes do DESAI, deve pactuar o Plano com o Conselho Distrital e submetê-lo ao DESAI, que deverá avaliá-lo. O DSEI deve, após receber a aprovação do plano pelo DESAI, implantá-lo. Esse Plano define o conjunto de atividades a serem realizadas no distrito pelas equipes multidisciplinares de saúde<sup>9</sup> assim como pela CASAI<sup>10</sup>. A implementação do plano depende de insumos e medicamentos que terão que ser comprados pela CORE e pelo nível central da FUNASA, assim como de capacitações, algumas das quais são organizadas pelas equipes locais e outras que são planejadas a partir de Brasília. A efetiva implementação do Plano Distrital depende, portanto, da coordenação de ações técnicas e administrativas tanto da comunidade e no nível distrital, quanto do municipal e federal. O modelo de organização definido pelo subsistema não promove, no entanto, essa coordenação, pois há duplicação e dispersão tanto de responsabilidades, quanto de autoridade.

Os mecanismos de controle social são, por sua vez, frágeis e não têm se mostrado capazes de concretizar a incorporação de suas críticas e sugestões seja ao processo de elaboração dos Planos Distritais e às rotinas do subsistema, seja às diretrizes mais gerais dessa política. Nesse sentido, cabe comentar que municípios e estados passam regularmente pelo crivo do voto popular o que, no limite, põe em xeque a política de Saúde e a posição do secretário de Saúde e seu grupo. Na atual situação o subsistema aparece como uma estrutura parcialmente insulada do veredicto das urnas à medida que os usuários do subsistema contam apenas o voto para Presidente da República para expressar suas preferências em relação à política de saúde. Com isso, o controle do subsistema fica dependente, sobretudo, dos controles técnicos e administrativos que têm sido responsáveis pela excessiva burocratização do subsistema. Ou seja, as instâncias de avaliação e controle que deveriam monitorar e estimular o bom funcionamento do subsistema são ainda, basicamente, instâncias de controle administrativo, enquanto o controle social e o controle por pares, que são importantes instrumentos para gerar incentivos e motivação para que os agentes melhorem seu desempenho, estão sendo construídas e são ainda bastante incipientes.

A partir desse quadro recomendam-se, da perspectiva do modelo de

---

<sup>9</sup> Algumas dessas equipes respondem à Funasa, enquanto outras respondem às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e outras à ONGs contratadas seja pela Funasa, seja pelas SMS.

<sup>10</sup> Algumas CASAI se subordinam ao Distrito enquanto outras se subordinam à CORE.

organização, três ações principais: 1) Simplificar a atual estrutura organizacional buscando concentrar a autoridade nos vários níveis hierárquicos, os quais devem refletir a territorialização das ações do subsistema (microárea, subdistrito, distrito e país); 2) Garantir o suporte do nível central aos processos de promoção da autonomia distrital e de fortalecimento de parcerias; 3) Investir na governança, introduzindo mecanismos que propiciem a pactuação, o acompanhamento contínuo do desempenho do subsistema e, quando necessário, a revisão de suas diretrizes.



## **2.2 Análise da Atenção**

Marcos Pellegrini, Ivone Menegolla, Maria Ferreira Bittencourt, Eliana Diehl e  
Elvira Toledo

### **2.2.1 Universalidade de acesso aos serviços de saúde e diversidade cultural: desafios para um modelo de atenção (diferenciada) à saúde indígena**

Como produto intermediário de uma consultoria que tem como método a participação no processo de qualificação da atenção à saúde indígena, este texto tem diversos leitores potenciais. Além dos funcionários do Governo Brasileiro, do Banco Mundial, gestores, profissionais de saúde e, principalmente, os usuários. É um texto em construção, uma proposta para alimentar a reflexão e o debate sobre a atenção à saúde indígena.

Não há aqui espaço para aprofundar o debate sobre o paradoxo do título acima: universalidade e diversidade cultural são, aparentemente, contraditórias: se a diversidade cultural fosse literalmente considerada, falar-se-ia em universalidades. As culturas, afinal, não dariam apenas um modo diferenciado de falar sobre o mundo, mas de ver o mundo e diante dele situar-se, constituir-se “sujeitos”, enfim. Não será sequer referenciado o amplo debate antropológico instalado sobre o tema nesta introdução, mas fica registrado que as expectativas dos usuários indígenas dos serviços de saúde podem ser bem diferentes das dos gestores e profissionais. Será apresentado o marco conceitual adotado no Modelo de Atenção à Saúde Indígena, composto por diretrizes, regulamentos e normas que orientam a organização da atenção básica à saúde no Brasil, especialmente a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Ministério da Saúde, 2002), enfatizando os aspectos convergentes entre os princípios da universalidade, integralidade e equidade que norteiam o SUS nas diretrizes dessa política, e identificando algumas questões emergentes desde a sua formulação (Pellegrini, 2000) e que ainda estão presentes e têm alimentado as discussões atuais observadas em eventos promovidos pela Fundação Nacional de Saúde e pelo Ministério da Saúde<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Dentre os eventos que contaram com a participação dos consultores estão incluídos, além das reuniões

São estas as questões:

- O que é atenção diferenciada à saúde? [Quais as implicações disso para a organização, gestão, financiamento, monitoramento e avaliação?]
- Como se situa o “subsistema de saúde indígena” no SUS?
- Como são definidos os papéis e atribuições (institucionais, técnicos, profissionais) nesse modelo?

Este texto não pretende responder completamente estas questões, mas oferece subsídios para reflexão. Faremos nosso recorte, do ponto de vista da atenção básica à saúde indicando algumas interfaces com os modelos de gestão e organização dos serviços.

### **2.2.2 Marcos conceituais: princípios e diretrizes da atenção básica à saúde indígena**

Os princípios constitucionais e legais (especialmente as Leis Orgânicas da Saúde, 8080 e 8142) que orientam o Sistema Único de Saúde –(SUS) propõem e as normas que o regulamentam buscam estratégias que possam atender aos princípios e diretrizes de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e hierarquização da rede de serviços, participação e controle social.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI (Ministério da Saúde, 2002) busca compatibilizar “as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades culturais e seus direitos territoriais.” e nota a necessidade de “adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde-, que garanta aos índios o exercício pleno da cidadania nesse campo” (p. 6). Tomaremos, inicialmente, a letra da PNASPI para orientar tanto nossa análise situacional na discussão acerca das estratégias de oferecer os serviços de atenção básica à saúde dos povos indígenas.

---

do Grupo de Trabalho, a *Oficina sobre Formação e Inserção Profissional dos Agentes Indígenas de Saúde - AIS e Agentes Indígenas de Saneamento - AISAN* (Brasília, 13 a 15 de maio), o *I Seminário Participativo da Gestão na Atenção Integral e Diferenciada aos Povos Indígenas do Estado do Amazonas* (Manaus, 28 a 30 de maio) e a *Reunião de Planejamento das Ações na Saúde Indígena* (Brasília, 4 a 7 de agosto).

A PNASPI reconhece as evidências de “um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas” (p. 10 e 13.) e propõe a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, entendidos como:

modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social. (Ibid, p. 13)

A PNASPI orienta para que a atenção básica seja realizada nas aldeias “por intermédio dos agentes indígenas de saúde, e pelas equipes multidisciplinares periodicamente, conforme o planejamento de suas ações” (p. 14) e tem a formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde como “uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental”, sendo que:

o Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde deverá ser concebido como parte do processo de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Será desenvolvido em serviço e de forma continuada sob a responsabilidade de Instrutores/Supervisores, devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais do serviço de saúde, das lideranças e organizações indígenas. (Ibid, 15)

A capacitação de recursos humanos para a saúde indígena deveria, assim, “ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização de serviços.” (p.16).

Falar da especificidade da saúde indígena, entretanto, não significa falar de seu isolamento em relação ao SUS. A expressão “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena”, incluída na Lei 8080/90 pela Lei 9836/99, tem provocado algum ruído de comunicação tanto entre os gestores como entre concepções de organização de serviços, atribuições, processos de trabalhos e práticas sanitárias. Afinal, o que haveria de específico neste subsistema?

No que tange às questões de organização da atenção básica à saúde, poder-se-ia iniciar pelo disposto na Lei 8080, no artigo lido por um Conselheiro de Saúde Indígena, na Reunião de Planejamento das Ações de Saúde Indígena, ocorrida em Brasília em agosto 2008:

Artigo 19-F – Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos da assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

A interpretação do Conselheiro foi sucinta: “é o SUS que deveria se adaptar para ser plenamente acessível aos povos indígenas, e não estes ao SUS”. O que os índios esperam, já tivemos oportunidades suficientes de escutar no processo de formulação e implementação da PNSPI, não são procedimentos diferentes (Pellegrini, 2000).

Não há falta de consensos, e nem de conceitos, sobre o que fazer, mas, talvez, necessidade de novas estratégias de fazer o mesmo. Também não há diretrizes políticas conflitantes. As diretrizes da PNASPI são plenamente contempladas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que “orienta-se pelo princípio da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (Ministério da Saúde, 2006, p. 12), e a atuação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena não difere muito da Estratégia Saúde da Família já que atua sobre um território (população adstrita) executando ações pactuadas com a população; deve realizar atividades de acordo com planejamento e programação com base em diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade, buscar a integração com instituições e organizações sociais e ser um espaço de desenvolvimento de cidadania.

Também não são notadas divergências significativas quanto às áreas estratégicas de atuação estabelecidas pela PNAB para pactuação de metas em todo o território nacional (eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde).

Tomaremos os dados relacionados a estas áreas prioritárias para desenvolver nossa análise considerando como os problemas são descritos e formulados nos planos

distritais de saúde, bancos de dados (SIASI, SINAN, etc.) e outros instrumentos de registro e organização dos dados do subsistema, como planilhas e relatórios produzidos pelo DESAI. Também serão considerados relatórios e análises produzidos por outras consultorias, memórias de reuniões e outros produtos de autoria dos consultores.

Considerando o caráter estratégico da formação de agentes indígenas de saúde e a organização do ciclo de assistência farmacêutica e a especificidade da saúde bucal, esses temas serão tratados em tópicos específicos.

### **2.2.3 Características gerais da rede de serviços**

No Regimento Interno da Funasa (Portaria MS 1776/2003) não estão definidas as competências e os serviços prestados nos estabelecimentos de saúde existentes nas terras indígenas (postos de saúde e pólos-base). A Portaria 840 (Funasa, agosto 2007) estabelece as diretrizes para os projetos físicos dos estabelecimentos de saúde do subsistema de saúde indígena de acordo com as atividades a serem desenvolvidas em cada um dos cinco tipos. A partir desta, estão sintetizados abaixo o conjunto de atividades desenvolvidas nas Unidades de Apoio aos AIS e AISAN, Postos de Saúde Indígenas e Pólos-Base Tipo I e Tipo II. As Casas de Saúde Indígena e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas têm suas competências definidas no Regimento Interno. Estes tipos de estabelecimentos de saúde, com exceção das Casas de Saúde Indígena, foram incluídos recentemente na Tabela de Estabelecimentos do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (Portaria MS/SAS n. 475 de 01 de setembro de 2008).

#### **Unidade de Apoio aos AIS e AISAN <sup>12</sup>**

Atividades executadas pelo Agente de Saúde Indígena (AIS):

1. apoio à EMSI responsável pela sua área de atuação;
2. acompanhamento do desenvolvimento infantil;
3. acompanhamento das gestantes;
4. identificação dos casos de suspeita de doenças mais frequentes;

---

<sup>12</sup> Não vamos tratar das atividades de saneamento e dos agentes indígenas de saneamento.

5. acompanhamento, na aldeia, dos pacientes crônicos e egressos, assim como os que estiverem em tratamento de longa duração;
6. acompanhamento de vacinação;
7. ações de educação em saúde e de educação ambiental;
8. ações de comunicação.

### **Posto de Saúde Indígena**

É um estabelecimento de saúde para prestação de atenção básica por meio da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), bem como para servir de referência aos AIS e AISAN das Unidades de Apoio. Pode estar localizado em zonas rurais ou em terras indígenas.

Atividades de atenção básica de saúde:

1. recepção ao usuário;
2. ações de educação em saúde e de educação ambiental;
3. realização de procedimentos médicos e de enfermagem;
4. atendimento de urgências básicas;
5. ações básicas dos programas de saúde bucal; vigilância nutricional; atenção integrada às doenças prevalentes na infância e o controle das doenças imunopreveníveis; controle das doenças crônico-degenerativas (hipertensão e diabetes); saúde da mulher, envolvendo atendimento ginecológico e obstétrico; saúde mental; doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e hepatites virais; controle da tuberculose; dermatologia sanitária e monitoramento dos pacientes crônicos e acompanhamento dos tratamentos de longa duração;
6. coleta de material para exame;
7. armazenagem e dispensação de medicamentos;
8. reprocessamento de materiais;
9. registros de ações em saúde e manutenção de arquivo de prontuários;
10. alimentação dos sistemas de informação em conformidade com os sistemas do SUS;

11. comunicação com a rede de referência de média e alta complexidade;
12. encaminhamento à rede de referência em caso de maior complexidade;
13. ações de vigilância epidemiológica e ambiental.

### **Sede de Pólo-base Indígena**

A Sede de Pólo-Base Indígena é um estabelecimento de saúde, referência para um conjunto de Postos de Saúde Indígenas, Unidades de Apoio e aldeias para as ações administrativas, de saúde e de saneamento na sua área geográfica de abrangência.

Definem-se dois tipos de Sedes de Pólo-base:

#### **a) Sede de Pólo-base Tipo I**

A Sede de Pólo-base Tipo I desenvolve atividades técnico-administrativas, de saneamento e de atenção básica à saúde. Pode estar localizado em sedes ou distritos de municípios, em zonas rurais e em terra indígena.

O que distingue o Pólo-base tipo I de um Posto de Saúde Indígena é que além das atividades de atenção básica à saúde, ele executa também atividades administrativas como:

1. ações de vigilância epidemiológica e ambiental;
2. planejamento e registro das ações administrativas, de saúde e de saneamento na sua área de abrangência;
3. análise e sistematização de dados e utilização da Sala de Situação;
4. alimentação dos sistemas de informação em conformidade com os sistemas do SUS;
5. comunicação com a rede de referência de média e alta complexidade;
6. transporte dos usuários referenciados;
7. apoio e comunicação com o SAMU-192;
8. armazenamento e controle dos materiais de consumo necessários às ações do Pólo Base e demais estabelecimentos da Rede.

## **b) Sede de Pólo-base Tipo II**

A Sede de Pólo-base Tipo II desenvolve atividades técnico-administrativas e de saneamento. Pode estar localizado em sedes ou distritos de municípios. No pólo-base tipo II são executadas **apenas as atividades administrativas** e de apoio aos usuários.

### **Casa de Saúde do Índio – CASAI**

É um estabelecimento de saúde, localizado em sede de município estratégico, que presta atenção à saúde do índio em decorrência do apoio aos pacientes referenciados pelo DSEI para atendimento de média e alta complexidade na rede SUS. A Casai também dispõe de acomodações para os acompanhantes e de assistência de enfermagem.

Segundo o Regimento Interno da Funasa (Portaria MS 1776/2003), à CASAI, compete:

1. receber pacientes e seus acompanhantes encaminhados pelos Distritos;
2. alojar e alimentar pacientes e seus acompanhantes, durante o período de tratamento médico;
3. acompanhar pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares;
4. prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação; e
5. fazer contra-referência com os Pólos Bases e articular o retorno dos pacientes e acompanhamento aos seus domicílios por ocasião da alta.

### **Sede do Distrito Sanitário Especial Indígena**

A Sede do DSEI é um estabelecimento que coordena as ações de atenção à saúde do índio, mediante organização de uma rede de serviços no seu território de abrangência, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do Sistema Único de Saúde.

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI, compete:

1. assegurar às comunidades indígenas assistência integral à saúde;
2. supervisionar as atividades desenvolvidas nas Casas de Saúde do Índio;



3. executar as ações de encaminhamento e remoção de pacientes, durante o período de tratamento médico;
4. elaborar proposta do Plano Anual de Atividades de Saúde Indígena, em articulação com o Conselho Distrital de Saúde Indígena; e
5. coordenar, controlar, supervisionar e avaliar a execução das ações previstas no Plano de Saúde Distrital.<sup>13</sup>

O Distrito conta com duas seções. À Seção de Administração - SAADM, compete:

1. providenciar a execução das atividades de serviços gerais, de manutenção de instalações e de equipamentos;
2. acompanhar as atividades relacionadas à administração dos recursos humanos lotados ou em exercício na área;
3. executar as atividades de apoio administrativo que possibilitem o funcionamento das atividades do Distrito;
4. controlar o recebimento, a movimentação e a expedição de processos, documentos e correspondências; e
5. requisitar e controlar o material permanente e de consumo necessários ao Distrito.

À Seção de Operações - SAOPE, compete:

- implantar rede de serviços de atenção básica de saúde, estabelecendo, inclusive, referências para atenção de média e alta complexidade; e
- realizar acompanhamento, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pela rede distrital de saúde, mantendo atualizado o quadro de população e o perfil epidemiológico das comunidades indígenas do Distrito.

### **Funções desempenhadas por outros setores da Funasa**

Algumas funções da organização da atenção básica estão entre as competências de outros setores da Funasa. Especialmente das Coordenações Regionais nas ações relacionadas à execução orçamentária e financeira e da Coordenação de Operações –

---

<sup>13</sup> A Portaria 840 (FUNASA, agosto 2007) traz maior detalhamento das atividades.

COOPE do Departamento de Saúde Indígena, à qual compete, dentre outras atribuições:

1. elaborar normas e diretrizes para a operacionalização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
2. orientar os DSEI na organização da rede de serviços e na implantação e desenvolvimento de programas especiais;
3. acompanhar e avaliar as ações e serviços de saúde.

#### **2.2.4 Capacidade instalada (equipamentos e infra-estrutura física)**

O subsistema de saúde indígena conta com uma rede de 34 sedes de Distritos, 57 Casas de Saúde Indígena, 298 pólos base e 717 postos de saúde (DESAI, 2006)<sup>14</sup>. Ainda que tenha sido criada esta tipologia para os estabelecimentos de atenção à saúde indígena estes são bastantes heterogêneos em termos de população assistida, acesso geográfico, articulação com a rede regional para atendimento de média e alta complexidade ou ações complementares às desenvolvidas nas terras indígenas (ex.: retaguarda laboratorial e outros exames subsidiários, suprimento de imunobiológicos, medicamentos, etc.). Entre os pólos base, por exemplo, a média de pessoa atendida varia entre os Distritos de 504 para o Distrito Yanomami a 4496 para o Mato Grosso do Sul (ver Tabela 2.2.1). Há desde os pólos-base que atendem uma população de cerca de uma centena de pessoas (no Distrito Yanomami), e outros a mais de quinze mil, como em Pesqueira (PE) e Passo Fundo (RS). Não temos dados sobre a população atendida por Posto de Saúde Indígena, mas também são conhecidas grandes variações regionais, desde os situados nas proximidades ou regiões periféricas de cidades de porte médio até os isolados na Amazônia onde muitas vezes o único meio de acesso disponível é o aéreo.

Observa-se, nos planos distritais de saúde, uma grande demanda por construções e reformas de estabelecimentos de saúde, mas não temos ainda estes dados consolidados<sup>15</sup>. Também não há dados disponíveis sobre a disponibilidade de

---

<sup>14</sup> Segundo consolidado SIASI 2008, são 331 pólos base.

<sup>15</sup> O parecer do GT sobre a versão inicial deste relatório aponta a existência no DESAI de um inventário atualizado sobre a infra-estrutura instalada e um levantamento parcial dos projetos concluídos e em andamento.

equipamentos, mas as necessidades apresentadas nos planos distritais indicam sua grande carência.

Em resposta ao questionário de caracterização dos Distritos, 11 dos 20 Distritos que apresentaram comentários livres sobre os fatores que dificultam o desenvolvimento das ações, apontaram a infra-estrutura inadequada e 6 referiram-se aos equipamentos e meios de comunicação insuficientes. A principal dificuldade apontada nos questionários, por quinze distritos, diz respeito aos meios de transporte insuficientes. Deve-se lembrar que este aspecto impossibilita a organização de serviços em áreas de difícil acesso. A dispersão populacional é apontada como fator que dificulta a assistência em 8 dos distritos.

O *Quadro de acompanhamento de viaturas terrestres e aquáticas e outros equipamentos* (DESAI/ASTEC, 2007, consolidado na Tabela 2.2.2) mostra que a deficiência de meios de transportes e comunicação é praticamente generalizada. Considerando-se o total de veículos necessários para todos os distritos, nota-se que no momento somente 48% está suprido e que apenas 14 dos 34 distritos tem mais de 50% dos veículos necessários. Apenas os distritos de Mato Grosso do Sul e do Araguaia tem suas necessidades completamente satisfeitas em termos de meios de transporte e comunicação.

Em relação aos transportes aquáticos a deficiência é ainda maior. Apenas 7 dos 21 distritos que dependem desse meio de transporte tem sua necessidade suprida acima de 50%, sendo que dois distritos (Alto Rio Negro e Porto Velho) têm menos de 10% dos equipamentos necessários.

Uma grande deficiência também é notada em relação aos meios de comunicação, observando-se que apenas 48% das necessidades gerais são supridas. Apenas 8 dos 20 distritos que dependem de comunicação radiofônica para contato com as unidades de saúde e comunidades tem suas necessidades supridas acima de 50%. Os distritos Alto Juruá e Maranhão não dispõem de nenhum aparelho de rádio.

## 2.2.5 Capacidade instalada (recursos humanos)

A distribuição numérica dos profissionais de saúde por distrito, mostra uma grande deficiência, principalmente na região amazônica. No questionário de caracterização dos distritos, oito distritos apresentaram dificuldades relacionadas aos recursos humanos: número insuficiente (3), alta rotatividade (6) e necessidade de capacitação(3). O consolidado dos números de profissionais de saúde existentes e necessários fornecidos pelos questionários de caracterização dos distritos (Tabela 2.2.4) mostra que a carência de profissionais ocorre em praticamente todos eles, sendo que existem apenas 57% dos médicos necessários. O consolidado da distribuição dos profissionais existentes em 2007 (Tabela 2.2.3) mostra que 13 dos distritos da região amazônica têm menos que um médico para cada 3 mil habitantes, sendo que 3 deles não dispõem deste profissional.

A precariedade dos contratos de trabalho e o atraso de pagamentos são também fatores apontados nos questionários respondidos e provavelmente contribuem para que os profissionais não permaneçam em terras indígenas.

Os efeitos da pouca permanência dos profissionais de saúde atuando em uma mesma região se dão diretamente sobre o programa que deveria ser estratégico para a organização da atenção básica: a formação de agentes indígenas de saúde.

Os 3883 agentes indígenas de saúde, além de constituírem cerca de um quarto do número de trabalhadores de saúde envolvidos na atenção à saúde indígena, muitas vezes são o único recurso de atenção, especialmente nas comunidades mais distantes. Um levantamento a situação da formação de agentes indígenas de saúde de março de 2007 mostra que em 8 Distritos os agentes indígenas de saúde os não haviam completado nenhuma das seis etapas de formação. Dificuldades especiais são observadas na fase de dispersão de cada etapa, já que dependem diretamente da organização da atenção básica, especialmente de meios de transporte, comunicação e suprimento oportuno de insumos básicos.

Em muitas situações, a formação de agentes indígenas de saúde carece ainda de iniciativas intersetoriais visando a escolarização e a certificação profissional dos agentes indígenas de saúde<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Uma descrição mais detalhada do processo de formação dos agentes indígenas de saúde está no diagnóstico do modelo de gestão.

## **2.2.6 Suprimento de insumos**

O suprimento irregular de insumos e a morosidade administrativa foram problemas apontados por oito dos vinte distritos que comentaram as dificuldades e pontos positivos encontrados na organização dos serviços de saúde. A falta de autonomia administrativa (geralmente relacionada ao suprimento de insumos e morosidade dos processos administrativos no âmbito das coordenações regionais) é notada por seis distritos.

A questão do suprimento de insumos é mais complicada no caso da assistência farmacêutica que tem a compra de medicamentos centralizada em Brasília o que tem acarretado entregas atrasadas e em quantidades insuficientes. A solução do desabastecimento é complicada pela Portaria 047/2007 que proíbe a aquisição dos mesmos pelos Distritos ou Coordenações Regionais da Funasa<sup>17</sup>. A organização da assistência farmacêutica é apontada como prioridade da maioria dos Planos Distritais, mas, com ênfase nas atividades que envolvem as etapas de armazenamento, distribuição e dispensação, ignorando, na maioria das vezes, as etapas de seleção e programação conforme preconiza o ciclo da assistência farmacêutica<sup>18</sup>.

A compra centralizada de combustível e a liberação de quotas mensais também impede o suprimento oportuno de estabelecimentos de saúde da região amazônica, onde a sazonalidade das águas exige que insumos como este sejam estocados nos meses de cheia para utilização nos meses de vazante, quando as condições de transporte são bastante adversas.

## **2.2.7 O planejamento das atividades e dos serviços prestados**

Os Planos Distritais de Saúde, como produto de um processo de planejamento ascendente e participativo, são documentos que poderiam oferecer uma descrição sobre a situação de saúde e das necessidades da população, servir de ferramenta de

---

<sup>17</sup> Nota-se que esta portaria contraria a *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas* e a *Política Nacional de Assistência Farmacêutica*. A necessidade de sua revogação imediata foi praticamente unanimidade entre os Chefes de Distrito na *Reunião de Planejamento*.

<sup>18</sup> Ainda que em muitos Distritos a incorporação de farmacêuticos tenha ocorrido a partir de 2006, tanto os Distritos como as Coordenações Regionais não têm ainda condições estruturais de assumir a gestão e o planejamento da assistência farmacêutica. Um diagnóstico detalhado está apresentado no anexo *Assistência Farmacêutica*.

gestão, incluindo a pactuação intergestores, favorecer o controle social e orientar a organização, monitoramento e avaliação das ações de atenção básica.

Entretanto, o exame dos Planos Distritais de Saúde mostra algumas dificuldades para descrever a situação de saúde. Segundo apresentação da COOPE na Reunião de Planejamento das Ações na Saúde Indígena<sup>19</sup>, a análise dos planos (2008 – 2010) mostra que há falhas e lacunas no preenchimento dos quadros, não são utilizados os indicadores de saúde preconizados pelo DESAI para caracterização da situação e estabelecimento de metas, dificultando a consolidação nacional. A mesma análise constata que há incompatibilidade entre metas e atividades planejadas e que estas extrapolam o Teto Orçamentário do Distrito. São apontados como possíveis motivos destas fragilidades dos Planos Distritais, a inadequação do instrumento; o processo de construção do plano de forma segmentada e isolada; demora na definição do orçamento; “orientações desencontradas” ou da “utilização do instrumento como fonte de reivindicação e não de planejamento” e sugere a revisão do processo de planejamento.

### **2.2.8 Organização dos processos de trabalho e práticas sanitárias.**

Discutir a organização do processo de trabalho em saúde e as práticas de saúde no âmbito do modelo de atenção implica em refletir sobre os arranjos institucionais e organizacionais que lhes dão suporte, ou seja, como a gestão e a organização dos serviços se estruturam para “produzir saúde” (Paim, 1999).

O processo de distritalização da saúde, nas áreas indígenas, se deu de forma diferenciada de uma região para outra no país e formas distintas para organização da assistência foram adotadas. De modo geral podemos afirmar que o modelo assistencial implantado nos distritos segue a lógica da produção de serviços, centrado na concepção médico-curativa e na tecnificação da assistência e os indicadores nos mostram que não tem conseguido atender as necessidades e resolver os principais problemas de saúde (conferir anexos *Perfil Epidemiológico* e *Notas sobre a mortalidade de crianças indígenas*). As observações sobre o uso de medicamentos (ver anexo *Assistência*

---

<sup>19</sup> Fonte: CD-ROM de apresentações feitas na reunião.

*Farmacêutica*) também mostram a predominância das práticas assistencialista e pelo uso de medicamentos sintomáticos.

A assistência à saúde não tem se efetivado de forma continuada nas aldeias, principalmente na região amazônica, onde as distâncias e o difícil acesso, exigem estratégias diferenciadas de prestação de serviços, para garantir a continuidade da assistência. As viagens das equipes de saúde às áreas indígenas são realizadas periodicamente (2 a 3 vezes por ano), ocasião em que visitam as aldeias, realizando atendimento da demanda espontânea, desenvolvendo ações programáticas junto a população (imunização, vigilância alimentar e nutricional, controle do câncer cérvico-uterino, pré-natal, etc.) e supervisionando o trabalho dos AIS. Nos intervalos entre as viagens das equipes, as aldeias contam com o apoio dos AIS para o encaminhamento de suas demandas assistências. Estes, por sua vez, enfrentam dificuldades pois nem sempre contam com transporte para o encaminhamento dos doentes e nem todas as aldeias contam com sistema de comunicação para viabilizar o contato com os profissionais de saúde da equipe. (Ver também Pellegrini, 2007).

Pelas reuniões que temos presenciado pode-se dizer que ainda prevalece a concepção topográfico-burocrática do distrito sanitário (como espaço geográfico, populacional e administrativo onde são coordenados os estabelecimentos e serviços), em detrimento da lógica das necessidades e problemas de saúde e a necessidade de reorganização das práticas e processos de trabalho, de modo que sejam inseridas num processo social pela melhora das condições de saúde, ou seja, o Distrito Sanitário Especial Indígena ainda é concebido como um modelo organizacional e não como modelo assistencial.

### **2.2.9 Protocolos de procedimentos, ações e rotinas dos estabelecimentos e qualidade dos serviços.**

Ainda que o planejamento das ações seja focado na implementação dos programas estratégicos estabelecidos pelos Ministério da Saúde, Garnelo (2003) nota que durante o processo de distritalização no Estado do Amazonas o atendimento da demanda por assistência ainda ocupa grande parte dos recursos em detrimento da implantação efetivas dos programas. Nota-se ainda que alguns destes programas podem necessitar de adequação de conteúdos e metas compatíveis com a realidade indígena

(Chaves et al, 2006). Informações colhidas nas Oficinas Regionais apontam que os fatores que tem dificultado a sua implantação estão geralmente associados à indisponibilidade de profissionais capacitados, de equipamentos, insumos e articulação com referências regionais. 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).

Os dados disponíveis mostram um aumento da cobertura do programa de imunização e de vigilância alimentar e nutricional (ver anexos *Perfil epidemiológico das populações indígenas no Brasil* e *Imunização*). Mesmo assim em 7 dos 23 distritos que responderam ao questionário de caracterização dos distritos não atingem 20% de cobertura das crianças menores que cinco anos (Tabela 2.2.5).

O alto índice de demanda por consultas especializadas e internações hospitalares também indicam a baixa resolutividade das ações prestadas em algumas regiões (Tabela 2.2.5). No entanto é preciso uma análise mais aprofundada sobre os motivos desta demanda.

No que diz respeito às ações de atenção à saúde bucal existem diretrizes específicas publicadas pela Funasa mas ainda são deficientes os dados para analisar sua efetiva implantação. Dados preliminares mostram que ainda é baixa a cobertura, mesmo para procedimentos coletivos de caráter preventivo e o programa carece também de profissionais, infra-estrutura e suprimento irregular como os demais<sup>20</sup>.

### **2.2.10 Articulação com a rede de média e alta complexidade**

Nas oficinas regionais realizadas no processo de consultoria, a demora de agendamento de consultas e exames especializados e a quase absoluta ausência de

---

<sup>20</sup> Um diagnóstico situacional está no Anexo A *atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas..*



contra-referência foram os principais problemas apontados na articulação com a rede regional. Em alguns casos também é referida a discriminação dos pacientes indígenas nesses serviços.

No âmbito do modelo de atenção à saúde é destacado o papel das CASAI em alojar pacientes enquanto permanecem na cidade para consultas ou tratamentos especializados. Muitos destes estabelecimentos funcionam em estruturas físicas inadequadas, com número de profissionais e meios de transportes insuficientes. Nos casos em que os pacientes dependem de transporte aéreo para retorno ao domicílio, há casos em que passam meses esperando a emissão de passagens aéreas que depende da aquisição centralizada feita em Brasília. Estes casos foram relatados especialmente nas CASAI de Manaus e Icoaraci (Belém), durante as visitas dos consultores. Informações sobre as condições precárias de funcionamento das CASAI de Oiapoque, São Luís, Imperatriz, Tabaringa e Tefé são encontradas no Relatório de Auditoria do Tribunal de Contas da União de Janeiro de 2009 (Seção 2, fls 19-21)<sup>21</sup>.

### **2.2.11 Considerações gerais e desafios estratégicos**

Para implementação efetiva dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas é necessário, ainda, grande investimentos na adequação de infra-estrutura mínima e em meios de transporte e comunicação.

A definição de uma política de recursos humanos para a atenção à saúde indígena permanece como fundamental para viabilização da principal estratégia proposta pela PNASPI que é a formação de agentes indígenas de saúde e a consolidação de seu papel como membro das equipes multidisciplinares de saúde, consolidando uma rede que possa intervir efetivamente no processo de saúde-doença.

A educação permanente deve ser considerada como principal ferramenta de organização dos serviços e redirecionamento das práticas sanitárias, aproximando-as das necessidades e expectativas dos usuários, e deve ter como objetivo a constituição de equipes preparadas para a escuta e o diálogo intercultural.

Mesmo que sejam supridos adequadamente os profissionais em número e qualificação necessários, restará o desafio de integrar as atribuições, papéis e atividades

---

<sup>21</sup> TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. *Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Relatório Final de Auditoria (Versão Preliminar para Comentários dos Gestores)*. Janeiro de 2009.

dos membros das equipes de saúde. Talvez fosse necessário começar por redistribuir a atividade do agente indígena de saúde de “apoio à EMSI em sua área de atuação” para a EMSI como “apoio ao agente indígena de saúde em sua área de atuação”.

Talvez, a partir desta mudança, as principais necessidades e problemas de saúde venham ocupar um lugar proeminente tanto na proposição das ações e elaboração de procedimentos e rotinas, quanto na definição das competências dos setores e instâncias responsáveis pela atenção à saúde indígena.

Tabela 2.2.1 - Média de população por pólos-base e aldeias segundo os Distritos

DSEI	Nº PESSOAS	Nº PÓLOS BASE	Nº ALDEIAS C/POP	Nº MUNICIPIOS	Nº ESTADOS	Nº ETNIAS	Média pessoas por pólo-base	Média de pessoas por aldeia
ALAGOAS E SERGIPE	14759	10	30	10	2	20	1476	492
ALTAMIRA	2198	1	16	4	1	17	2198	137
ALTO RIO JURUÁ	10667	7	106	8	1	19	1524	101
ALTO RIO NEGRO	28141	25	648	3	1	44	1126	43
ALTO RIO PURUS	7958	6	104	7	3	14	1326	77
ALTO RIO SOLIMÕES	34634	11	171	6	1	9	3149	203
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	8833	6	128	4	2	13	1472	69
ARAGUAIA	3996	4	28	9	3	13	999	143
BAHIA	26159	6	122	23	1	21	4360	214
CEARÁ	22367	16	76	16	1	11	1398	294
CUIABÁ	5859	5	99	15	1	21	1172	59
GUAMÁ-TOCANTINS	6320	8	60	16	2	32	790	105
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	4806	3	26	7	2	12	1602	185
KAIAPÓ DO PARÁ	4198	4	39	5	1	3	1050	108
LESTE DE RORAIMA	35054	35	275	10	1	13	1002	127
MANAUS	14927	14	151	15	1	23	1066	99
MARANHÃO	26865	6	289	15	1	14	4478	93
MATO GROSSO DO SUL	64952	13	74	28	1	13	4996	878
MÉDIO RIO PURUS	5645	10	81	2	1	11	565	70
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLUENTES	9738	12	90	13	1	15	812	108
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	14124	14	99	13	2	21	1009	143
PARANÁ	13235	3	47	28	1	10	4412	282
PARINTINS	10030	12	100	5	2	9	836	100
PERNAMBUCO	38227	11	238	14	1	16	3475	161
PORTO VELHO	8773	5	126	15	3	59	1755	70
POTIGUARA	10457	3	29	4	1	4	3486	361
RIO TAPAJÓS	7056	11	103	4	1	8	641	69
SUL-SUDESTE	35803	16	265	102	4	33	2238	135
TOCANTINS	8588	5	125	13	2	21	1718	69
VALE DO JAVARI	4046	8	46	1	1	11	506	88
VILHENA	6147	4	151	17	2	32	1537	41
XAVANTE	13870	6	173	11	1	1	2312	80
XINGU	5401	4	68	8	1	21	1350	79
YANOMAMI	17649	35	256	8	2	3	504	69
<b>Total</b>	<b>531482</b>	<b>339</b>	<b>4439</b>				<b>1568</b>	<b>120</b>

Fonte: SIASI - FUNASA/MS, 19/08/2008



Tabela 2.2.3 - Distribuição de veículos e equipamentos segundo categoria existente e por adquirir por DSEI, 2007

DSEI	Veículos				Barcos motorizados				Geradores				Rádios			
	Existente	Adquirir	Total	(%) Existente	Existente	Adquirir	Total	(%) Existente	Existente	Adquirir	Total	(%) Existente	Existente	Adquirir	Total	(%) Existente
Alagoas e Sergipe	17	31	48	35,42	1	2	3	33,33	0	0	0		0	0	0	
Altamira	6	8	14	42,86	13	7	20	65,00	24	24	48	50,00	15	6	21	71,43
Alto Juruá	13	10	23	56,52	8	21	29	27,59	4	5	9	44,44	0	63	63	0,00
Alto Rio Negro	6	13	19	31,58	15	170	185	8,11	14	50	64	21,88	56	26	82	68,29
Alto Purus	15	17	32	46,88	16	22	38	42,11	16	13	29	55,17	60	100	160	37,50
Alto Solimões	11	7	18	61,11	19	30	49	38,78	13	9	22	59,09	0	31	31	0,00
Amapá e N do Pará	10	37	47	21,28	14	20	34	41,18	6	10	16	37,50	37	10	47	78,72
Araguaia	23	0	23	100,00	9	0	9	100,00	0	0	0		2		2	100,00
Bahia	45	49	94	47,87	0	0	0		0	0	0		0	0	0	
Ceará	16	20	36	44,44	0	1	1	0,00	0	0	0		0	0	0	
Cuiabá	51	32	83	61,45	2	5	7	28,57	12	8	20	60,00	41	57	98	41,84
Guamá-Tocantins	33	20	53	62,26	24	12	36	66,67	25	7	32	78,13	32	29	61	52,46
Kayapó MT	11	15	26	42,31	12	14	26	46,15	18	16	34	52,94	15	10	25	60,00
Kayapó PA	15	13	28	53,57	4	9	13	30,77	3	11	14	21,43	10	25	35	28,57
Leste de Roraima	18	24	42	42,86	12	10	22	54,55	8	12	20	40,00	83	40	123	67,48
Manaus	6	21	27	22,22	66	70	136	48,53	25	27	52	48,08	53	80	133	39,85
Maranhão	23	42	65	35,38	1	2	3	33,33	17	2	19	89,47	0	100	100	0,00
Mato Grosso do Sul	156	0	156	100,00	2	0	2	100,00	156	0	156	100,00	187	0	187	100,00
Médio Purus	5	5	10	50,00	33	48	81	40,74	6	10	16	37,50	8	34	42	19,05
Médio Solimões	11	28	39	28,21	50	131	181	27,62	17	22	39	43,59	0	0	0	
Minas Gerais ES	34	70	104	32,69	0	0	0		11	20	31	35,48	0	0	0	
Paraná	50	40	90	55,56	3	3	6	50,00	0	5	5	0,00	0	25	25	0,00
Parintins	2	3	5	40,00	53	5	58	91,38	22	5	27	81,48	0	0	0	
Pernambuco	42	20	62	67,74	0	0	0		0	0	0		0	5	5	0,00
Porto Velho	27	47	74	36,49	1	21	22	4,55	13	28	41	31,71	23	41	64	35,94
Potiguara	8	13	21	38,10	0	0	0		0	0	0		0	0	0	
Tapajós	6	21	27	22,22	31	52	83	37,35	13	20	33	39,39	35	50	85	41,18
Sul-Sudeste SP	27	23	50	54,00	0	0	0		0	0	0		0	0	0	
Sul-Sudeste RJ	5	5	10	50,00	0	0	0		1	0	1	100,00	0	0	0	
Sul-Suceste SC	16	8	24	66,67	0	0	0		0	0	0		0	0	0	
Sul-Sudeste RS	16	36	52	30,77	0	1	1	0,00	0	0	0		0	0	0	
Tocantins	40	80	120	33,33	8	13	21	38,10	10	10	20	50,00	83	40	123	67,48
Vale do Javari	6	5	11	54,55	17	18	35	48,57	8	14	22	36,36	20	40	60	33,33
Vilhena	19	26	45	42,22	8	5	13	61,54	33	10	43	76,74	39	41	80	48,75
Xavante	11	47	58	18,97	0	0	0		3	18	21	14,29	100	85	185	54,05
Xingu	10	13	23	43,48	6	18	24	25,00		12	12	0,00		20	20	0,00
Yanomami	10	21	31	32,26	40	60	100	40,00	19	34	53	35,85	23	33	56	41,07
<b>Total</b>	<b>820</b>	<b>870</b>	<b>1690</b>	<b>48,52</b>	<b>468</b>	<b>770</b>	<b>1238</b>	<b>37,80</b>	<b>497</b>	<b>402</b>	<b>899</b>	<b>55,28</b>	<b>922</b>	<b>991</b>	<b>1913</b>	<b>48,20</b>

Fonte: Quadro de acompanhamento de viaturas terrestres e aquáticas e outros equipamentos (DESAI/ASTEC, 2007)

TABELA 3

## CONSOLIDADO DE RECURSOS HUMANOS ATUANDO NA SAÚDE INDÍGENA, POR DSEI - DEZEMBRO 2007

DISTRITOS	POPULAÇÃO SIASI (acesso 19-8-08)	NÍVEL SUPERIOR													Indicadores (/1000 habitantes)					
		POPULAÇÃO	Médico	Enfermeiro	Odontólogo	Nutricionista	Farmacêutico	Assistente Social	Psicólogo	Antropólogo	Administrador	Contador	Outros	TOTAL	Médico (população do consolidado RH/Funasa)	Enfermeiro (população do consolidado RH/Funasa)	Nível Superior (população do consolidado RH/Funasa)	Médico (população SIASI)	Enfermeiro (população SIASI)	Nível Superior (população SIASI)
ALAGOAS E SERGIPE	14759	10624	9	17	11	1	2	1	2	0	0	0	0	43	0,8	1,6	4,0	0,6	1,2	2,9
ALTAMIRA	2198	2276	1	6	1	1	1	0	0	0	0	0	0	10	0,4	2,6	4,4	0,5	2,7	4,5
ALTO RIO JURUÁ	10659	10634	1	13	6	1	1	0	0	0	0	0	1	23	0,1	1,2	2,2	0,1	1,2	2,2
ALTO RIO NEGRO	28141	26419	7	31	14	1	1	1	0	0	1	0	2	58	0,3	1,2	2,2	0,2	1,1	2,1
ALTO RIO PURUS	7958	7747	2	20	6	1	1	0	0	0	0	1	7	38	0,3	2,6	4,9	0,3	2,5	4,8
ALTO RIO SOLIMÕES	34634	30527	6	24	13	2	1	1	0	0	0	0	0	47	0,2	0,8	1,5	0,2	0,7	1,4
AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	8990	8996	0	14	6	1	1	2	1	0	2	0	1	28	0,0	1,6	3,1	0,0	1,6	3,1
ARAGUAIA	3996	3993	6	9	3	0	0	1	0	0	1	1	9	30	1,5	2,3	7,5	1,5	2,3	7,5
BAHIA	26159	24014	22	26	19	1	0	0	1	0	0	0	0	69	0,9	1,1	2,9	0,8	1,0	2,6
CEARÁ	22367	13618	6	15	8	2	5	2	0	0	0	1	3	42	0,4	1,1	3,1	0,3	0,7	1,9
CUIABÁ	5859	5838	4	15	13	2	1	1	1	1	1	0	24	63	0,7	2,6	10,8	0,7	2,6	10,8
GUAMÁ-TOCANTINS	6321	6397	6	16	11	2	1	4	0	0	6	0	2	48	0,9	2,5	7,5	0,9	2,5	7,6
KAIAPÓ DO MATO GROSSO	4806	4576	1	8	3	1	1	0	0	0	1	0	1	16	0,2	1,7	3,5	0,2	1,7	3,3
KAIAPÓ DO PARÁ	4198	3482	2	6	6	0	0	0	0	0	0	0	4	18	0,6	1,7	5,2	0,5	1,4	4,3
LESTE DE RORAIMA	35054	35152	18	34	17	0	1	2	0	0	3	0	1	76	0,5	1,0	2,2	0,5	1,0	2,2
MANAUS	14927	14983	3	20	12	1	1	1	0	0	0	0	1	39	0,2	1,3	2,6	0,2	1,3	2,6
MARANHÃO	26865	26709	13	33	20	3	3	2	1	0	1	0	3	79	0,5	1,2	3,0	0,5	1,2	2,9
MATO GROSSO DO SUL	64952	62789	42	46	33	19	1	2	3	0	0	0	4	150	0,7	0,7	2,4	0,6	0,7	2,3
MÉDIO RIO PURUS	5645	5446	4	10	4	1	1	1	0	0	0	0	0	21	0,7	1,8	3,9	0,7	1,8	3,7
MÉDIO RIO SOLIMÕES E AFLU.	9738	9647	2	13	6	1	1	0	0	0	0	0	1	24	0,2	1,3	2,5	0,2	1,3	2,5
MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	14122	13497	20	17	13	6	1	0	2	0	0	0	16	75	1,5	1,3	5,6	1,4	1,2	5,3
PARANÁ	12525	12576	15	25	21	0	1	1	1	0	0	0	2	66	1,2	2,0	5,2	1,2	2,0	5,3
PARINTINS	10030	9858	1	14	4	1	1	1	0	0	0	0	0	22	0,1	1,4	2,2	0,1	1,4	2,2
PERNAMBUCO	38227	38341	13	23	21	0	1	0	1	0	0	0	1	60	0,3	0,6	1,6	0,3	0,6	1,6
PORTO VELHO	8773	8901	6	32	11	0	1	0	0	0	0	0	0	50	0,7	3,6	5,6	0,7	3,6	5,7
POTYGUARA	10457	11569	6	15	7	3	2	1	4	0	0	0	8	46	0,5	1,3	4,0	0,6	1,4	4,4
RIO TAPAJÓS	7056	6819	5	15	3	1	1	0	0	0	1	0	2	28	0,7	2,2	4,1	0,7	2,1	4,0
SUL / SUDESTE	35803	32839	52	78	44	6	3	1	3	5	2	0	7	201	1,6	2,4	6,1	1,5	2,2	5,6
TOCANTINS	8588	8738	6	20	9	1	1	0	0	0	0	0	7	44	0,7	2,3	5,0	0,7	2,3	5,1
VALE DO RIO JAVARI	1748	4080	0	13	2	1	1	1	0	0	0	1	0	19	0,0	3,2	4,7	0,0	7,4	10,9
VILHENA	6128	6330	0	18	6	0	1	0	0	1	0	0	3	29	0,0	2,8	4,6	0,0	2,9	4,7
XAVANTE	13870	13470	4	16	3	1	2	1	0	1	1	0	5	34	0,3	1,2	2,5	0,3	1,2	2,5
XINGU	5401	5228	5	17	6	2	1	0	0	1	0	0	8	40	1,0	3,3	7,7	0,9	3,1	7,4
YANOMAMI	17649	17090	5	26	6	0	1	2	0	0	3	2	0	45	0,3	1,5	2,6	0,3	1,5	2,5
TOTAL	528603	503203	293	705	368	63	42	29	20	9	23	6	123	1681	0,6	1,4	3,3	0,6	1,3	3,2

## SUL-SUDESTE

Estado do Rio Grande do Sul	19125	27	40	22	1	1	0	0	0	0	0	0	2	93	1,4	2,1	4,9			
Estado de São Paulo	4694	11	20	11	0	1	0	2	1	1	0	0	4	51	2,3	4,3	10,9			
Estado de Santa Catarina	8473	8	14	10	2	1	1	1	4	0	0	0	0	41	0,9	1,7	4,8			
Estado do Rio de Janeiro	547	6	4	1	3	0	0	0	0	1	0	0	1	16	11,0	7,3	29,3			

Tabela 2.2.4 - Porcentagem de profissionais existentes em relação ao total necessário (Questionário de caracterização dos distritos)

Nome do DSEI	Médicos existentes	Médicos necessários	% existente/necessário	Enfermeiros existentes	Enfermeiros necessários	% existente/necessário	Auxiliares/técnicos de enfermagem existentes	Auxiliares/técnicos de enfermagem necessários	% existentes/necessário
<b>ALAGOAS E SERGIPE</b>	10	15	66,67	17	17	100,00	30	34	88,24
<b>ALTO JURUÁ</b>	1	7	14,29	13	13	100,00	21	22	95,45
<b>ALTO PURUS</b>	5	6	83,33	21	24	87,50	25	25	100,00
<b>ALTO RIO NEGRO</b>	6	10	60,00	28	31	90,32	81	87	93,10
<b>ALTO SOLIMÕES</b>	8	11	72,73	23	26	88,46	80	91	87,91
<b>AMAPA</b>	0	3	0,00	13	22	59,09	63	75	84,00
<b>ARAGUAIA</b>	2	6	33,33	9	9	100,00	64	64	100,00
<b>CEARA</b>	7	16	43,75	15	24	62,50	24	36	66,67
<b>CUIABA</b>	4	5	80,00	16	28	57,14	69	69	100,00
<b>GUAMA TOCANTINS</b>	5	9	55,56	20	28	71,43	105	162	64,81
<b>KAYAPÓ</b>	1	3	33,33	8	14	57,14	54	60	90,00
<b>LESTE DE RORAIMA</b>	12	35	34,29	26	38	68,42	29	76	38,16
<b>MATO GROSSO DO SUL</b>	36	40	90,00	50	55	90,91	101	115	87,83
<b>MÉDIO PURUS</b>	3	6	50,00	9	20	45,00	29	43	67,44
<b>MEDIO SOLIMOES</b>	2	10	20,00	14	21	66,67	69	83	83,13
<b>MINAS GERAIS E ESPIRITO SANTO</b>	15	21	71,43	19	23	82,61	66	66	100,00
<b>PERNAMBUCO</b>	16	23	69,57	20	20	100,00	57	70	81,43
<b>PORTO VELHO</b>	1	6	16,67	31	31	100,00	114	114	100,00
<b>POTIGUARA</b>	4	9	44,44	15	15	100,00	35	30	116,67
<b>TAPAJOS</b>	1	1	100,00	18	18	100,00	52	52	100,00
<b>TOCANTINS</b>	4	6	66,67	19	20	95,00	124	130	95,38
<b>VALE DO JAVARI</b>	0	5	0,00	10	15	66,67	41	67	61,19
<b>XINGU</b>	3	5	60,00	18	21	85,71	32	37	86,49
<b>Total</b>	146	258	56,59	432	533	81,05	1365	1608	84,89

Tabela 2.2.5 – Situação da formação de agentes indígenas de saúde por Distrito.

DSEI	UF	Nº AIS	Módulos concluídos (Etapas realizadas)												Etapas realizadas	Módulos concluídos	
			Intro.		D. End.		P.Int e D.P.		DST/AIDS		S.M.C.B.		S.A.A.U.				
			C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D			
Alagoas Sergipe	AL	42	X	X								X	X			4	2
Altamira	PA	16	X	X	X	X	X	X								6	3
Alto Rio Juruá	AC	110	X	X	X	X						X	X			6	3
Alto Rio Negro	AM	138	X	X					X	X		X	X			6	3
Alto Rio Purus	AC	93	X													1	0
Alto Rio Solimões	AM	302	X		X		X		X							4	0
Amapá/ Norte do PA	AP	86	X	X												2	1
Araguaia	GO	30	X	X	X	X	X	X	X	X						8	4
Bahia	BA	102	X	X												2	1
Ceará	CE	17	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12	6
Cuiabá	MT	37	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		10	4
Guamá Tocantins	PA	64	X	X				X								2	0
Paraná	PR	65	X	X												2	1
Kaipó Colider	MT	33	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		10	4
Leste Roraima *	RR	466	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12	6
Sul-sudeste SC	SC	48						X	X				X	X		4	2
Sul-sudeste RJ	RJ	14	X	X				X	X				X	X		6	3
Sul-sudeste SP	SP	46	X													1	0
Sul-sudeste RS	RS	107	X	X								X	X			4	2
Manaus	AM	169	X	X	X	X	X		X	X	X					8	3
Maranhão	MA	360	X	X												2	1
Mato Grosso do Sul	MS	170	X	X	X	X	X	X				X	X			8	4
Medio Rio Purus	AM	55	X	X												2	1
Medio R Solimões e A.	AM	102														0	0
MG/ES	MG	82	X													1	0
Parintins	AM	80	X		X		X		X		X					5	0
Xingu Alto Xingu	MT	53	X	X			X				X	X	X	X		5	2
Xingu Médio e Baixo Xingu	MT	47	X	X					X	X	X	X	X	X		6	3
Pernambuco	PE	157	X	X	X	X			X	X	X	X				8	4
Porto Velho	RO	97	X	X	X	X			X			X	X			6	2
Polyguara	PB	39	X	X								X	X			4	2
Rio Tapajós	PA	35	X	X			X	X				X	X			6	3
Kaipó Redenção **	PA	34	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12	6
Vale do Javari	AM	49														0	0
Tocantins	TO	90	X	X	X	X			X	X	X	X				8	4
Vilhena	RO	89	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			10	5
Xavante	MT	100	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		11	5
Yanomani	Unb	103	X	X												2	1
Diocese MEVA	RR	31	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		12	6
Secoya, AM		6	X	X								X				3	1
IBDS, AM		38	X	X	X	X	X	X								6	3
MNTB		17	X	X								X	X			4	2
		14	X	X												2	1
<b>Total AIS</b>		<b>3833</b>															
<b>Etapas realizadas</b>		<b>233</b>	40	34	19	17	20	14	17	13	25	21	8	5		Total 233	Total 104
<b>Etapas não realizadas</b>		<b>283</b>	3	9	24	26	23	29	26	30	18	22	35	38			
<b>Mód. Concluídos / C e D</b>		<b>104</b>	<b>34 INT.</b>		<b>17 D.E.</b>		<b>14 P.I.</b>		<b>13 D.A.</b>		<b>21 S.M.C.</b>		<b>5 S.A.</b>				

104 Módulos concluídos, em 258
03 DseI (Ceará, Leste de Roraima e Kaiapó Redenção) mais uma turma do DSY
233 Etapas realizadas (129 Conc e 104 Disp) = 45,15%, em 516 no total
283 Etapas não realizadas
25 módulos somente concentração realizada
11 DseI fizeram apenas o introdutório ou nenhum= 32,35% dos 34 DSEI.
3833 AIS no Brasil

Fonte: VIGISUS/PNUD, 2007. Produto de Consultoria de Paulo Morais.



Tabela 2.2.6 - Alguns Indicadores de cobertura dos DSEIs que responderam ao questionário da consultoria até 30/8/2008

DSEI	População Aldeada Total	Nº mudança chefia DSEI desde 2000	Nº AIS existentes	Nº AIS c/1º módulo capacitação	Nº Habitante /AIS	Nº enfermeiros existentes	Nº Enfermeiros c/capacitação pedagógica	CMI 2006 /1000	Taxa de cobertura < 5 anos SISVAN (%)	Prevalencia desnutrição < 5a (peso/idade)	Nº Gestantes 2007	Nº Nascidos Vivos 2007 (SIASI)	Nº Internações 2007	Nº Consultas especializadas 2007	Taxa Internação (%)	Taxa Cons. Especialidades (%)
ALAGOAS E SERGIPE	14775	5	32		462	17	7	20,20	80,38	5,62		301				
ALTO JURUÁ	10618	4	120	120	88	13	12	83,70	25,38	5,37	339	268	732	4470	6,9	42,1
ALTO PURUS	8045	2	96	96	84	21	4	58,82	85,18	10,14	481	425	432	1602	5,4	19,9
ALTO RIO NEGRO	29037	3	270	23	108	28	0	53,50	54,27	5,62	1227	476	194	2352	0,7	8,1
ALTO SOLIMÕES	41066	5	315	20	130	23	12	38,16	14,34	3,43	552	251	610	3774	1,5	9,2
AMAPA	8996	9	89	6	101	13	1	25,35	89,30	3,39	376	305	419	3997	4,7	44,4
ARAGUAIA	3604	3	30	30	120	9	2	60,00	70,93	13,21	193	81	321	3663	8,9	101,6
CEARA	22405	0	20	0	1120	15	8	14,90	85,03	5,14	169	405	23	411	0,1	1,8
CUIABA	5828	5	37		158	16	9	43,30	18,70	2,97	78	179	562	3515	9,6	60,3
GUAMA TOCANTINS	6319	4	81	63	78	20	11	19,92	55,65	9,42	156	253	502	18	7,9	0,3
KAYAPÓ	3080	3	34	6	91	8	4	31,60	2,28	2,28	125	152	352	2536	11,4	82,3
LESTE DE RORAIMA	33260	9	432	45	77	26	11	31,27	0,00	0,00	1172	616	0	0	0,0	0,0
MATO GROSSO DO SUL	59491	5	189	53	315	50	12	38,17	95,80	9,39	2137	2032	3569	10764	6,0	18,1
MÉDIO PURUS	5651	3	65	15	87	9	1		0,00	0,69	139	213	97	3066	1,7	54,3
MÉDIO SOLIMÕES	9656	7	116	71	83	14	8	310,00	0,00	0,52	208	102	225	764	2,3	7,9
MINAS GERAIS E ESPIRITO SANTO	13141	4	90	15	146	19	4	48,80	23,02	5,29	272	391	659	2255	5,0	17,2
PERNAMBUCO	35787	3	171	14	209	20	12	60,70	60,60	6,27	691	508	540	15912	1,5	44,5
PORTO VELHO	9160	6	95	2	96	31	2	34,40	46,63	7,93	314	321	1784	5737	19,5	62,6
POTIGUARA	10380	4	32	3	324	15	13	35,80	74,50	25,50	312	61	435	2355	4,2	22,7
TAPAJOS	7056	6	59	0	120	18	4	13,10	55,84	33,95	463	328	439	1496	6,2	21,2
TOCANTINS	8588	3	105	76	82	19	12	42,00	54,09	16,77	220	403	1354	1354	15,8	15,8
VALE DO JAVARI	3473	6	60		58	10	3	246,38	SI	SI	445	17	192	259	5,5	7,5
XINGU	5214	1	65	0	80	18	2	18,52	49,41	6,73	230	253	396	747	7,6	14,3

Fonte: questionários consultoria

## 2.3 Análise da Gestão

Armando Raggio, Nicanor Pinto e Paulo Morais

A implantação e desenvolvimento de um sistema nacional de saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), é fruto de um processo histórico de mobilização e lutas sociais pela redemocratização do país, que atravessaram as décadas de 1970 e 1980. Dois marcos históricos desse processo foram a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), de 1986, e a Constituição Federal de 1988, que incorporou as principais resoluções dessa Conferência. Diferentemente das sete conferências anteriores, a 8ª CNS ampliou a participação para além de técnicos e gestores da saúde, incluindo a participação de setores importantes da sociedade civil organizada.

Nesse processo, entidades e lideranças indígenas, bem como entidades civis de apoio à causa indígena, participaram da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986), que foi um desdobramento específico da 8ª CNS. Essas entidades se constituíram em atores sociais estratégicos na condução e nas principais resoluções da Conferência. Entre estas, destacamos a deliberação da Conferência de transferir a gestão da atenção à saúde indígena da Fundação Nacional do Índio (Funai) para o “[...] Ministério responsável pela coordenação do sistema único de saúde, de modo a integrar o sistema específico de saúde para os índios ao sistema nacional” (**Brasil.MS 1986**).

Ainda assim, a Política Nacional de Saúde só veio contemplar a reivindicação das lideranças indígenas quase uma década depois de criado o Sistema Único de Saúde, por força da lei 9836 de 23 de setembro de 1999.

O processo de institucionalização da política nacional de saúde indígena se deu por meio de sua vinculação diretamente com o Ministério da Saúde (MS), que é o gestor federal do SUS, ficando sua execução a cargo da Fundação Nacional de Saúde (Funasa-MS). Nesse sentido, embora com algumas especificidades, a política nacional de saúde indígena e o próprio Subsistema de Saúde Indígena (SSI) têm vínculos históricos, conceituais e institucionais com a política nacional de saúde brasileira e com o próprio SUS. Assim, é de se esperar que o SSI, enquanto subsistema do SUS, também seja orientado por suas diretrizes e se integre e siga seus instrumentos gerais de gestão.

### 2.3.1 Gestão em saúde: aspectos conceituais e metodológicos

No Brasil, além das instâncias de participação social e controle público sobre o Estado (Conferências e Conselhos de Saúde), o processo de construção do SUS vem sendo implementado por um conjunto de normas institucionais. Essas têm estabelecido referências para o funcionamento do sistema, bem como delineado seu desenho institucional, estabelecendo responsabilidades e mecanismos de pactuação entre as distintas esferas de governo que compõem o federalismo do Estado brasileiro (união; 27 estados e distrito federal; e 5.561 municípios).

Em 1996, a Norma Operacional Básica (NOB-SUS N° 01/96) também contribuiu para ‘institucionalizar’ uma construção conceitual, que já vinha sendo desenvolvida e incorporada ao jargão de gestores e outros atores sociais do SUS, separando os conceitos de **gestão** e **gerência**. Nesse contexto, **gestão** foi conceituada como sendo a atividade e a responsabilidade de dirigir um *Sistema de Saúde* (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. E, **gerência** como sendo a administração de uma *unidade* ou *órgão de saúde* (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema (**Brasil.MS 1996**).

Num plano mais acadêmico, essa redefinição da **gestão em saúde** foi conceituada “[...] como a direção ou condução de processos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde, eminentemente conflituosos ou contraditórios, ainda que nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional desenvolva ações de planejamento, organização, gerenciamento, controle e avaliação dos recursos humanos, financeiros e materiais empregados na produção de serviços de saúde” (**Paim 2003**). Esse autor, ainda, discute e associa o conceito de **gestão em saúde** à proposta da OPS/OMS de **administração estratégica**, desenvolvido na publicação ‘*Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la administración estratégica*’, e ao conceito de **práticas de saúde** elaborado por Donangelo e Mendes-Gonçalves.

É importante considerar que esses conceitos são (re)construídos e têm significados distintos, embora próximos, em diferentes países ou na dependência da literatura de referência de cada consultor/pesquisador.

Considera-se importante destacar também que a Gestão do SSI, embora recortada nesta consultoria como um objeto de estudo e análise, está inserida em um sistema de nacional de saúde – o SUS –, que é produto da construção social de distintos atores sociais e tem, conseqüentemente, um caráter dinâmico. Durante o processo de institucionalização desta consultoria, esse caráter dinâmico pode ser observado particularmente no componente da gestão do subsistema. Nesse período, o SSI incorporou mudanças importantes promovidas por atores sociais presentes na arena política da construção da política de saúde, em geral, e da política de saúde indígena, em particular.

A construção do diagnóstico de situação sobre o(s) tipo(s) de gestão vigente nas práticas institucionais da FUNASA-MS para a implementação do SSI tentou contemplar algumas questões ou pressupostos julgados relevantes: (a) como na maioria das organizações, nem tudo que está escrito e normatizado é implementado e, também, nem tudo que é feito ou implementado está documentado; (b) o SSI é relativamente novo e está em pleno processo de construção e aperfeiçoamento; (c) como subsistema do SUS, o SSI deve seguir normas e instrumentos de gestão gerais e específicos; (d) muitas práticas gerenciais potentes podem estar presentes em estruturas loco-regionais, embora nem todas estejam normatizadas; (e) pelo tamanho e diversidade de situações presentes no país, é de se esperar diferenças de contextos, bem como fatores que facilitam ou dificultam, a implementação de determinados instrumentos e práticas gerenciais levando a resultados distintos.

Para a elaboração deste Diagnóstico Situacional, foram utilizados dados e informações que podem ser caracterizados como secundários; em outras palavras, as evidências desta análise foram baseadas principalmente em fontes *documentais* (leis, decretos, portarias, normas técnicas, planilhas de acompanhamento de convênios, documentos de entidades, matérias da imprensa e produtos de consultorias contratadas pela FUNASA), fornecidas por atores institucionais vinculados ao SSI, ao MS-FUNASA e disponíveis na rede 'web'.

## 2.3.2 Instâncias de gestão do SSI-SUS: funções e atribuições

### A gestão da SSI: antecedentes, processo de construção e instâncias

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), por meio da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas (1986), as lideranças ou representantes do movimento indígena presentes defenderam que seu acesso a serviços de saúde estivesse organizado pelo SUS e vinculado ao ministério que fosse gestá-lo (MS) e não mais à Funai (MJ).

Na 9ª CNS, cujo tema central era a Descentralização/Municipalização, representantes do movimento indígena, que não passavam de 30, articularam com movimentos mais 'amplos' e com mais delegados e aprovaram uma resolução específica. Defenderam que, em função de especificidades dos povos indígenas e dos interesses econômicos por suas terras, a municipalização da atenção à saúde desses povos era potencialmente conflitante. A resolução aprovada foi aprimorada em outras Conferências específicas e evoluiu para a formulação da atual Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Desde 1999, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde e o SSI é subsistema do SUS.

Em âmbito nacional, essa política foi institucionalizada pelo Decreto Nº 3.156 **(Brasil 1999)** e vinculada ao MS, por meio de uma autarquia de sua estrutura, a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. Essa autarquia tem duas missões institucionais principais: a política nacional de saneamento, para municípios com menos de 30 mil habitantes; e a política nacional de saúde indígena.

As atribuições da FUNASA-MS, com relação à saúde dos povos indígenas, foram estabelecidas por meio da Portaria MS-GM Nº 1.163 **(Brasil.MS 1999)**, em seu Artigo 2º, que encontram-se discriminadas abaixo:

*“1 – promover a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, visando facilitar o acesso dos povos indígenas às ações e serviços básicos de saúde, observando os seguintes aspectos:*

*a) a organização de cada distrito deve ser entendida como um processo a ser construído com a participação dos povos indígenas, observando os seus próprios conceitos e práticas relativos às suas condições de viver e morrer;*

*b) cada distrito deverá contar com uma rede hierarquizada de serviços para atenção básica dentro das terras indígenas;*

*c) o acesso às estruturas assistenciais de maior complexidade, localizadas fora dos territórios indígenas, deverá se dar de forma articulada e pactuada com os gestores municipais e estaduais;*

*II – garantir a referência para a atenção à saúde de média e alta complexidade na rede de serviços já existentes, sob gestão do estado ou do município;*

*III – garantir a participação dos povos indígenas nas instâncias de controle social formalizados em nível dos DSEI, por meio dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde;*

*IV – conduzir a implantação e operacionalização dos serviços de saúde de atenção básica desenvolvidos nos DSEI;*

*[...]*

*VII – realizar acompanhamento, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pelos DSEI;*

*VIII – promover condições necessárias para o processo de capacitação dos profissionais de saúde e educação permanente dos agentes indígenas de saúde e dos instrutores / supervisores.”*

Nesse contexto, para operacionalizar a política de saúde indígena, o Distrito Sanitário<sup>22</sup> Especial Indígena (DSEI) foi criado e organizado como sendo a menor estrutura funcional do SSI. Desde sua criação, as competências do DSEI foram restritas à esfera mais administrativa e gerencial dos serviços sob sua coordenação. Não houve uma descentralização de competências para que o mesmo assumisse responsabilidades de gestão do SSI, em sua área. E, para a delimitação da área de abrangência de cada DSEI, procurou-se respeitar a distribuição geográfica das principais etnias presentes no território brasileiro.

É importante registrar que a mesma Portaria MS-GM N° 1.163 (**Brasil.MS 1999**), em seus Artigo 3° e 4°, estabeleceu o papel de outra estrutura do MS – a Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS – para, de forma articulada e solidária com a FUNASA, construir a organização da assistência à saúde dos povos indígenas, visando

---

<sup>22</sup> **Distrito Sanitário** é a denominação mais comumente utilizada no Brasil e tem equivalência ao conceito internacionalmente mais conhecido de **Sistema Local de Saúde**.

garantir seu acesso a todos os níveis de atenção no âmbito do SUS. Aliás, não poderia ser diferente, pois uma autarquia sem os instrumentos de regulação, controle e avaliação de serviços de saúde prestados por terceiros, não seria capaz de exercer plenamente sua responsabilidade pelo Subsistema de Saúde Indígena.

Na FUNASA-MS, a estrutura responsável pela política de saúde indígena é o Departamento de Saúde Indígena - DESAI, cujas competências foram instituídas por meio da Portaria MS Nº 1.776 (**Brasil.MS 2003**) e são reproduzidas abaixo:

*I – promover, proteger e recuperar a saúde dos povos indígenas, segundo peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada comunidade;*

*II – propor políticas e ações de saúde e vigilância voltadas para a atenção à saúde dos povos indígenas;*

*III – apoiar a implementação de políticas e ações de educação em saúde voltadas para a assistência à saúde das populações indígenas, em conjunto com a Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde;*

*IV – planejar, coordenar, executar e fiscalizar as atividades de atendimento integral à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);*

*V – planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relativas a sistemas e serviços de saneamento ambiental em áreas indígenas, em articulação com o Departamento de Engenharia de Saúde Pública;*

*VI – planejar, coordenar e supervisionar as ações e serviços desenvolvidos pelos distritos sanitários especiais indígenas, assegurando os serviços de atendimento básico à saúde nas terras indígenas;*

*VII – orientar as unidades administrativas da FUNASA nos assuntos relativos a sua área de atuação; e*

*VIII – executar outras atividades determinadas pelo Presidente da FUNASA.”*

Pelo menos três aspectos contraditórios são flagrantes na implementação do Subsistema de Saúde Indígena, além do retardo do Sistema Único de Saúde com a organização da atenção à saúde dos povos indígenas em relação ao estágio alcançado em uma década de desenvolvimento da atenção à saúde da população em geral.

Primeiro, a sua necessária centralização por se tratar de atribuição legal específica da União e por cautela em evitar o acirramento de conflitos entre os povos indígenas e as administrações municipais, em franca oposição ao processo de descentralização do Sistema Nacional de Saúde em sua conversão ao Sistema Único de Saúde.

Segundo, a introdução da saúde indígena em uma autarquia que vinha se dedicando com crescente exclusividade à política de saneamento básico em municípios de 50 mil habitantes ou menos, tendo redução de quadros próprios por cessão aos estados e municípios em favor da descentralização.

Terceiro, a impossibilidade de que a FUNASA fosse totalmente responsável pela gestão de um subsistema que não pode deixar de ser integral e equânime, fora do seu alcance tanto em quadros operacionais, quanto em estruturas de regulação, controle e avaliação, haja vista a designação da SAS, no mesmo ato que a FUNASA, para “construir a organização da assistência à saúde dos povos indígenas” pela Portaria MS-GM 1.163.

### **A gestão da SSI: aspectos contemporâneos**

Desde 2004, as diretrizes da gestão da política nacional de atenção à saúde indígena estão instituídas pela Portaria MS-GM nº 70 (**Brasil.MS 2004**), em seu Artigo 1º, conforme reproduzimos abaixo:

*“I – A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, integrante da Política Nacional de Saúde, deve ser compatibilizada com as determinações da Lei Orgânica da Saúde e com a Constituição Federal, que reconhecem as especificidades étnicas e culturais e os direitos sociais e territoriais dos povos indígenas;*

*II – O objetivo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde;*



*III – A implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena adotará modelo de organização de serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos povos indígenas o exercício da cidadania;*

*IV – O Subsistema de Saúde Indígena fica organizado na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), delimitação geográfica que contempla aspectos demográficos e etno-culturais, sob responsabilidade do gestor federal;*

*V – Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir a assistência de média e alta complexidade;*

*VI – A estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); pelos Pólos-Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena; e pela Casa do Índio (CASAI) que apóia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade;*

*VII – O processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas deve contar com a participação dos próprios índios, representados por suas lideranças e organizações nos Conselhos de Saúde locais e distritais;*

*VIII – Na execução das ações de saúde dos povos indígenas deverão ser estabelecidos indicadores de desempenho e sistemas de informações que permitam o controle e a avaliação das referidas ações; e*

*IX – A implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve respeitar as culturas e valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas.”*

Instâncias, órgãos e instituições públicos, que atuam ou que sua atuação incide sobre a gestão do SSI, bem como suas respectivas competências foram discriminados nos Artigos 2º ao 8º do mesmo documento e são reproduzidos abaixo:

“Art. 2º Ao **Ministério da Saúde** compete:

*I – Formular, aprovar e normatizar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.*

Art. 3º À **Fundação Nacional de Saúde – Funasa** – compete:

*I – Coordenar, normatizar e executar as ações de atenção à saúde dos povos indígenas, observados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.*

Art. 4º Ao **Departamento de Saúde Indígena (DESAI)** da Fundação Nacional de Saúde, compete:

*I – Planejar, promover e coordenar o desenvolvimento de ações integrais de atenção à saúde dos povos indígenas;*

*II – Planejar, coordenar e garantir a assistência farmacêutica no âmbito da atenção à saúde dos povos indígenas;*

*III – Coordenar e executar o sistema de informação da saúde indígena;*

*[...]*

*VI – Supervisionar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do DSEI;*

*VII – Implantar instrumentos para organização gerencial e operacional das ações de atenção à saúde dos povos indígenas;*

*VIII – Articular com os órgãos responsáveis pela política indígena no país o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades indígenas;*

*IX – Propor alterações nas áreas de abrangência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.*

Art. 5º Às **Coordenações Regionais (CORE)** da Fundação Nacional de Saúde, compete:

*I – Coordenar e articular no âmbito da cada Unidade Federada a execução das ações de saúde indígena;*

*II – Planejar em conjunto com os DSEI as ações integrais de saúde indígena;*

III – Articular junto à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) o fluxo de referência de pacientes do distrito sanitário aos serviços de média e alta complexidade do SUS;

IV – Articular junto aos Conselhos Estaduais de Saúde a criação de comissões técnicas de saúde indígena;

V – Assegurar as condições para a implantação e implementação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena;

VI – Homologar e dar posse aos membros dos Conselhos Locais de Saúde Indígena;

VII – Articular no âmbito de cada unidade federada com os órgãos envolvidos com a política indígena o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades; e

VIII – Executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da Funasa.

Art. 6º Ao **Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI)**, compete:

I – Planejar, coordenar e executar as ações integrais de saúde na área de abrangência do distrito sanitário especial indígena;

II – Executar o fluxo de referência e contra-referência de pacientes no distrito sanitário a serviços de média e alta complexidade;

III – Acompanhar e avaliar todas as ações de saúde desenvolvidas em sua área de abrangência com base em indicadores de saúde e de desempenho;

IV – Avaliar e controlar a qualidade da assistência prestada em seu território de abrangência;

V – Alimentar os sistemas de informação da saúde indígena e consolidar as informações epidemiológicas e de saúde referentes a sua área de abrangência;

VI – Propor e executar programas e ações emergenciais, fundamentados em dados epidemiológicos;

VII – Assegurar as condições para a implantação e implementação dos Conselhos Locais de Saúde Indígena;

VIII – Articular as práticas de Saúde Indígena com a medicina tradicional, respeitando as características culturais indígenas;

IX – Executar em conjunto com o Setor de Engenharia e Saúde Pública o Saneamento e a Vigilância Ambiental;

X – Executar em conjunto com a Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde as ações de educação em saúde;

XI – Fortalecer o controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde Indígena;

XII – O chefe do DSEI é a autoridade sanitária responsável pela saúde na área de abrangência do Distrito; e

XIII – Executar atividades administrativas relativas às ações de saúde indígena, nos termos fixados pela Presidência da Funasa.

Art. 7º Ao **Conselho Distrital de Saúde Indígena** compete:

I – Aprovar e acompanhar a execução do plano distrital de saúde indígena;

II – Acompanhar as ações dos Conselhos locais de saúde indígena; e

III – Exercer o controle social das atividades de atenção à saúde indígena.

Art. 8º Aos **Estados, Municípios e Instituições Governamentais e não Governamentais** compete:

I – Atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena.

*Parágrafo único. A Fundação Nacional de Saúde – Funasa definirá, observando as características das populações envolvidas, as ações complementares que ficarão a cargo das entidades previstas neste artigo”*  
**(Brasil.MS 2004).**

Atualmente existem 34 DSEIs que são subordinados: político-institucionalmente, ao DESAI; e, administrativamente, à estrutura regional da Funasa-MS, as Coordenações Regionais-COREs. É importante ressaltar que as competências dos DSEIs estão

concentradas na missão institucional da Funasa-MS, que diz respeito à política de atenção à saúde dos povos indígenas, enquanto as COREs têm responsabilidades com as duas missões institucionais do órgão.

Os DSEI têm entre suas principais atribuições planejar, organizar e operacionalizar – de forma direta ou indireta – ações e serviços de saúde para os povos indígenas, com base nas necessidades de saúde desses povos e nos princípios e diretrizes organizativas do SUS. As ações e serviços organizados pelos DSEI se concentram no campo daquilo que se convencionou denominar de Atenção Básica de Saúde, também conhecidas internacionalmente como Atenção ou Cuidados Primários de Saúde, sendo dirigidas principalmente aos povos indígenas que vivem em aldeias e/ou territórios indígenas. Os estabelecimentos de saúde vinculados aos DSEI são basicamente de três tipos: Pólos-Base; Postos de Saúde; e Casas de Saúde do Índio (CASAI).

Seguindo os princípios do SUS e de forma análoga a este, no SSI existem instâncias formais de participação e controle social, que devem ser consideradas como instâncias de gestão participativa do subsistema. Essas instâncias estão previstas na política nacional de saúde indígena: os Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena e as Conferências de Saúde Indígena **(Brasil.FNS 2002)**.

A estrutura responsável pela política de saúde indígena na FUNASA é o Departamento de Saúde Indígena - DESAI, cujas competências foram instituídas por meio da Portaria MS N° 1.776 com atribuição precípua de

*“promover, proteger e recuperar a saúde dos povos indígenas, segundo peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada comunidade”;* **(Brasil.MS 2003)**.

O advento da Portaria 70, no intuito de melhor especificar funções entre o Ministério da Saúde, a FUNASA e suas estruturas, reconhece o DESAI, mas vem fortalecer o papel das coordenações regionais como intermediárias entre o Departamento de Saúde Indígena e os distritos sanitários especiais indígenas.

Desse modo, a gestão do Subsistema pelo Departamento de Saúde Indígena, embora estabelecida pela portaria anterior (1776), não foi reforçada com a interposição das coordenações regionais. Pelo contrário, o DESAI vem perdendo força para administrar e prover os distritos com as condições indispensáveis para o seu

desenvolvimento, tendo em vista lograr a autonomia necessária ao papel de autoridades sanitárias descentralizadas.

Mesmo assim, há que se reconhecer, a Portaria 70 é caudatária de sucessivas aproximações do processo organizativo do Subsistema de Saúde Indígena, tendo reforçado o reconhecimento da função de controle da participação social da população indígena na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas por meio dos conselhos locais e distritais de saúde indígena. É a partir desta portaria que o Conselho Distrital deve aprovar e acompanhar a execução do respectivo Plano Distrital de Saúde Indígena.

Há, todavia, um efeito da lei 9836 ao modificar a lei 8080, Art. 19 E, quando Estados, Municípios, Instituições Governamentais e não Governamentais são tratados “tabula rasa” como podendo atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena definidas no Plano Distrital de Saúde Indígena. Estados e municípios são entes federados com assento nas comissões intergestores, como a Comissão Tripartite, sob a coordenação do Ministério da Saúde, podendo compartilhar os desafios de gestão e gerência do Subsistema de Saúde Indígena, desde que aprovados pelas instâncias de controle social, desde o Conselho Nacional de Saúde até o Conselho Distrital de Saúde **(BRASIL 1999)**.

Outra instância de construção recente que incide de forma importante na Política Nacional de Saúde Indígena é a Comissão Nacional de Política Indigenista - CNPI, cujo caráter é eminentemente político-institucional, visando aprimorar a política indígena do governo. A CNPI conta com a representação de povos indígenas de todas as regiões do país, das principais instituições que atuam na questão indígena e de alguns ministros de estado. Um dos temas discutidos, na reunião de junho de 2008, com a presença do presidente da república, do ministro da saúde e de outros 15 ministros de estado, foi sobre a crítica das lideranças indígenas à atual crise da saúde indígena no país e sua relação com a falta de autonomia dos DSEIs, bem como com as precárias relações dos convênios da FUNASA-MS com organizações não-governamentais (ONGs) e com municípios.

Pelos relatos do presidente da FUNAI e do diretor do DESA I/ FUNASA-MS, após a reunião da CNPI, houve um compromisso político do presidente da república e de seu ministro de estado da saúde em fortalecer os DSEI, por meio de uma maior autonomia administrativa e financeira para os mesmos **(Soalheiro 2008)**. Outros

desdobramentos dessa reunião estão representados pela constituição imediata de grupos de trabalho para equacionar o problema da fragilidade da política de pessoal (recursos humanos) para viabilizar o SSI (**Brasil.MS 2008; Brasil.FNS 2008**).

### **2.3.3 Relações interinstitucionais e processos de pactuação**

O Decreto 3.156 (**Brasil 1999**), considerado um marco legal que institucionaliza o SSI com os contornos atuais, determina em seu Artigo 1º que “A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e a com Lei nº 8.080”. Ao mesmo tempo, determina em seu Artigo 2º que, entre as diretrizes a serem seguidas, deveriam ser consideradas “VI – a assistência médica e odontológica integral, prestada por instituições públicas em parceria com organizações indígenas e outras da sociedade civil”.

Uma estratégia para implementar o SSI foi estabelecida por meio da Portaria MS-GM N° 1.163 (**Brasil.MS 1999**), particularmente no Artigo 4º, em que discrimina atribuições e responsabilidades da SAS-MS, reproduzidas abaixo:

*I – identificar, nos municípios com áreas indígenas, as estruturas assistenciais de referência para populações indígenas;*

*II – viabilizar que estados e municípios de regiões onde vivem os povos indígenas atuem complementarmente no custeio e execução das ações de atenção ao índio, individual ou coletivamente, promovendo as adaptações necessárias na estrutura e organização do SUS;*

*III – garantir que as populações indígenas tenham acesso às ações e serviços do SUS, em qualquer nível que se faça necessário, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.”*

Nesse sentido, desde o início da construção do SSI, o MS vem buscando superar os limites à contratação de pessoal para o setor público, imposto em grande medida pela política de controle fiscal assumida pelo Estado brasileiro com a lei de responsabilidade fiscal (**Brasil, 2000**), por meio do estabelecimento de parcerias. Essas parcerias têm possibilitado ao MS, por meio da FUNASA e da SAS, operacionalizar a política de saúde indígena através do estabelecimento de convênios com outras entidades ou instituições.

A SAS, em articulação com a FUNASA, parece concentrar as relações e pactuações entre gestores do SUS: locais e/ou regionais (secretarias de saúde municipais e algumas estaduais).

A FUNASA-MS concentrava parcerias com entidades regidas pelo direito privado e que podem ser classificadas como ONGs, sendo que a maioria delas são: empresas de consultoria de RH; fundações privadas ligadas a universidades; e associações ligadas a igrejas, a povos indígenas e a categorias profissionais. No período de 2004 a 2007, vinham sendo desenvolvidos e acompanhados 40 Convênios pela FUNASA-MS, somando valores totais de R\$ 307,5 milhões de reais e suplementações no montante de R\$ 153,1 milhões **(Brasil.MS-Funasa 2008a)**.

Na análise das despesas da FUNASA-MS com Convênios celebrados em 2004, pode-se registrar um total de 52 Convênios, somando valores totais de R\$ 120,3 milhões de reais, sendo que sua destinação, por itens disponíveis, foi: 30% para equipes multidisciplinares de saúde indígena; 5,4% para pessoal de gerência; 20,4% para cobrir os encargos sociais correspondentes; e 1,9% em capacitação de pessoal **(Brasil.MS-Funasa 2008b)**.

Nesse sentido, as relações interinstitucionais implementadas pela FUNASA-MS com essas entidades estão se concentrando na área de pessoal, envolvendo a contratação de profissionais tanto para compor equipes de saúde, quanto para processos ou eventos de capacitação dessas equipes, embora de forma secundária e envolvendo pequena monta de recursos. Contudo, essa estratégia tem se mostrado frágil para dar sustentação política às equipes de saúde que atuam em área indígena. Isso tem gerado ou potencializado uma alta rotatividade de pessoal, particularmente pessoal de nível universitário, inviabilizando a continuidade do trabalho e constituindo-se em importante fonte de tensões e conflitos denunciados de distintas formas por representações indígenas.

Esses conflitos se expressam nas relações da FUNASA-MS com ONGs, como pode se evidenciar no trecho extraído de depoimento de uma liderança Kaiapó, em que critica a atuação da Funasa: *“Terceirizam os serviços para Organizações Não-Governamentais e não fiscalizam o trabalho dessas entidades, que não prestam contas nem executam o serviço continuado de atendimento à saúde”* **(Agência Brasil 2008)**. E, também, na sua relação com os municípios, como manifesta trecho da entrevista do prefeito do município SFX, à mesma agência de notícias: *“[...] O município, que tem um*



*sistema de atendimento à saúde deficitário, passou a assumir maiores compromissos com a saúde indígena sem ter a contrapartida da FUNASA".*

As fragilidades de tal conduta em alocação de recursos humanos, desprovida de uma política de aquisição e desenvolvimento de um quadro profissional específico são várias, a começar pela dispersão de recursos por meio de convênios múltiplos e de difícil controle, que exigiu esforços repetidos todos os meses de anos consecutivos sem qualquer acumulação favorável a uma redução de dependência. Pelo contrário, o desgaste de relações com as instituições conveniadas ou contratadas deve ter reduzido as alternativas disponíveis.

Frente à impossibilidade de concurso público, a adoção de um processo oficial de remoção de servidores públicos federais, estaduais ou municipais, valorizando-se o interesse e o mérito funcional poderia ter contribuído para que a FUNASA angariasse adeptos para atuar em prol do Subsistema de Saúde Indígena.

Em um regime crônico de escassez, a política de incentivos adotada no SUS em geral e no SSI em particular, seja para prover trabalhadores na atenção básica de saúde ou assistência complementar especializada ambulatorial e hospitalar, vem se revelando contraproducente, pois promove a adesão por interesses outros que não o de atender ao motivo original da oferta disponibilizada, tipificando uma relação sem futuro, o que se identifica como verdadeira “cooperação antagônica”, que mais dia menos dia se desfaz.

Assim, com a melhor das intenções, para atender a quem tem menos, se estabelece o paradoxo de dar mais a quem tem mais, ainda que os municípios e as unidades ambulatoriais e hospitalares clamem por mais recursos e com razão na maioria das vezes. Os indígenas acabam desprovidos da atenção reclamada e ainda mais necessitados, enquanto o gestor nacional é desprovido do recurso que poderia fortalecer os distritos e os usuários de suas unidades nas relações com as autoridades e os serviços de referência locais e regionais. Essa é uma das contradições do Subsistema de Saúde Indígena que as lideranças representativas do movimento indígena esperam resolver com a adoção da autonomia prometida desde a criação dos distritos sanitários especiais.

Na ótica de ONGs razoavelmente bem organizadas como a Secoya, a burocracia e a morosidade da FUNASA-MS no repasse dos recursos para pagamento de pessoal, para compra de medicamentos, equipamentos e insumos teriam sido determinantes para inviabilizar suas atividades na saúde indígena entre os Yanomami **(ISA 2008)**.

Esta relação conflituosa é determinada pela solução inadequada de alocação de recursos humanos em regime provisório dependente de convênios, os quais devem ser controlados por instâncias internas e externas à FUNASA, demandando prestações de contas e averiguações indispensáveis sobre a aplicação de verbas públicas, o que nem sempre se verifica com a fluência necessária para o bom andamento dos serviços sem solução de continuidade, por inadimplência ou morosidade burocrática das instituições.

Desde o final 2007, a relação do MS, mediada pela SAS e pela FUNASA, com gestores municipais e estaduais vem sendo (re)orientada pela lógica do Pacto pela Saúde **(Brasil.MS 2006)**, tendo como referência a Portaria MS N° 2.656 **(Brasil.MS 2007)**, que será tratada em item específico abaixo.

Outra instituição relevante para o processo de gestão do SSI e que os povos indígenas vêm aprendendo a trabalhar com ela é o Ministério Público, tanto o MP Federal, quanto o MP do Trabalho. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, essa nova instituição do Estado brasileiro, vem atuando em temas de interesse coletivos, em defesa dos direitos da cidadania, fiscalizando o próprio Estado em seus atos ou omissões.

Um exemplo de como esse movimento de lideranças indígenas vem denunciando e demandando ações do MPFederal e de como é problemática a relação da FUNASA-MS com municípios pode ser evidenciado no recente manifesto de lideranças do Vale do Javari. Destacamos o trecho do manifesto no qual estas solicitam que *“[...] instituam, de forma urgente, uma equipe permanente de acompanhamento dos atuais servidores contratados pelo PSFI, pois a maioria vêm sendo contratados sem nenhum perfil e compromisso com a atual situação de saúde nas aldeias, por meras indicações políticas e pessoais do Prefeito local, ocasionando a falta de técnicos capacitados nas aldeias, além do não pagamento dos salários para alguns que ainda se encontram em campo. Bem como a averiguação das denúncias que já foram levadas ao conhecimento do MPF e da*

*Polícia Federal, no que diz respeito às irregularidades com a saúde indígena, pela Prefeitura Municipal de 'ADN'” (Conselho Indígena do Vale do Javari 2007).*

Outro exemplo recente de ação do MPdoTrabalho foi sua intervenção junto aos MS e MPOG, que culminou em um Termo de Conciliação Judicial, cujo objeto é regularizar e legalizar a situação jurídica de contratação de serviços e de recursos humanos terceirizados pela FUNASA-MS, de forma escalonada e com prazos negociados **(Brasil.MPT.MS.MPOG 2008)**.

### **2.3.4 Processos de planejamento**

Como todo órgão público brasileiro a FUNASA-MS deve fazer seu planejamento interno, como peça para subsidiar o seu orçamento, bem como os Planos Plurianuais de governo. Outra participação sistemática deve se dar na elaboração do Plano Nacional de Saúde. Dessa forma, tanto a FUNASA, quanto sua instância funcional mais descentralizada – os DSEI – incorporam a rotina de planejar ações e prioridades.

Além desses, o DESAI instituiu os Planos Distritais de Saúde (PDS) em analogia aos planos municipais de saúde do SUS. Nesse sentido, além das prioridades incorpora a dimensão dos recursos necessários para viabilizar essas prioridades; e são utilizados também como instrumento de referência e base para o orçamento das necessidades dos DSEI. Dessa forma, esses PDS têm potência para ser importantes instrumentos de gestão, mas parece que a estrutura e as práticas institucionais vêm contribuindo para fragilizar essa ferramenta.

Embora esse instrumento continue a ser elaborado rotineira e periodicamente, existe uma avaliação crítica quanto à sua qualidade e, conseqüentemente, de sua potência, tanto por parte de técnicos da sede (Brasília), quanto por parte de técnicos de alguns DSEI. Essa avaliação foi expressa em diversas situações como: reuniões mensais do GT de acompanhamento desta consultoria; e na **‘Reunião de Planejamento das Ações na Saúde Indígena’**, organizada pelo DESAI/FUNASA e realizada em Brasília (DF), de 4 a 7/8/2008.

Nesta, o Plano Distrital 2008-2010 foi tema de mesa específica, na qual foram identificados dificuldades ou incômodos concretos que, neste relatório, apresentamos como uma síntese temática, com algumas ‘problematizações’ entre parêntesis:

- fragilidade das equipes técnicas dos DSEI;
- necessidades ou prioridades expressas na forma de atividades propostas pelos DSEI com custos superiores ao orçamento disponível [qual o problema?; as necessidades?; os cortes/'tetos' orçamentários?];
- não incorporação pelos DSEI dos indicadores propostos pelo DESAI [inadequação do instrumento?; incapacidade técnica?];
- preenchimento incompleto dos Quadros/Roteiro [inadequação do instrumento?; incapacidade técnica?];
- número elevado de atividades de capacitação [incapacidade técnica do pessoal?; desconhecimento da especificidade da área?; alta incorporação de 'novatos' – alta rotatividade de pessoal?];
- construção do Plano de forma burocratizada [isolada (por um técnico) ou fragmentada (cada técnico fica responsável por uma parte e, ao final, juntam-se as partes)].
- uso desvirtuado do Plano [plano é só instrumento técnico?; plano não pode ser instrumento de avaliação/controle ou reivindicação?].

Uma notícia dada nessa mesa foi interpretada por este consultor como um potencial novo uso dos Planos. Um dos painelistas relatou que “[...] os *Ministérios Públicos dos estados do Amazonas e do Mato Grosso do Sul já estão pedindo os Planos Distritais para fazerem seu acompanhamento e execução*”. Esse fato resgata a discussão da potência desse instrumento para além da formatação do orçamento distrital ou de uma supervisão à distância. O Plano pode ser apropriado por outros atores sociais que atuam na arena da política de saúde indígena?

É importante ressaltar que, pelo menos desde a Portaria MS N° 70 (**Brasil.MS 2004**), os Planos Distritais de Saúde Indígena deveriam ser apropriados de forma mais ampla pelos DSEI, pois é institucionalizado como instrumento de gestão e pactuação com outros atores: Conselho Distrital de Saúde Indígena; Secretarias Estaduais de Saúde; Secretarias Municipais de Saúde; e outros órgãos públicos ou entidades não governamentais.

## **Planejamento e Gestão: um projeto mais democrático e/ou participativo?**

Embora aparentemente não oficial, a FUNASA-MS tem um modelo ou projeto de gestão como referência ético-político, no qual o SSI “[...] deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado e terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas” (**Brasil.FNS 2003**). Nesse sentido, o SSI e sua gestão são afirmados como imagem objetivo – o dever ser –, sendo as responsabilidades do chefe e da equipe do DSEI encontram-se reproduzidas abaixo:

*“a) planejamento da atenção à saúde no âmbito do Distrito, em conjunto com o Conselho Distrital de Saúde Indígena;*

*b) coordenação técnica e operacional dos planos, programas e das ações de saúde, baseada em objetivos claros e metas específicas;*

*c) administração da saúde em nível distrital e gerenciamento de todos os programas de saúde;*

*d) capacitação e supervisão da equipe multidisciplinar de saúde;*

*e) redefinição do Plano Distrital de Saúde, em conjunto com o Conselho Distrital de Saúde, levando em consideração os seguintes componentes:*

- priorização do Programa de Vacinação da população indígena, com registro e informação do quadro vacinal por aldeia e pólo-base;*
- controle das doenças transmissíveis como tuberculose, malária, hepatites e outras endemias;*
- articulação com a rede de hospitais referências, discutindo e encaminhando as questões necessárias relativas as especificações da saúde indígena;*
- aumento da capacidade resolutiva dos pólos-base, com aumento da capacidade de diagnóstico e tratamento, principalmente para a tuberculose e malária;*
- desenvolvimento e qualificação dos recursos humanos, principalmente para o Agente Indígena de Saúde (AIS); e*
- implantação do processo de supervisão e monitoramento da saúde indígena.”*

Nesse documento, também estava prevista uma maior participação do Conselho Distrital de Saúde Indígena com a equipe do DSEI, bem como de entidades conveniadas e prestadores de serviços. A participação do Conselho se daria desde a fase de planejamento até o estabelecimento de métodos de trabalho, o monitoramento e a avaliação de serviços e metas do plano **(Brasil. FNS 2003)**.

As etapas de planejar, executar, acompanhar e avaliar são componentes de um só processo contínuo e permanente de gestão, que pode alcançar a dinâmica de um ciclo virtuoso ou de um ciclo vicioso.

O planejamento das ações e atividades de saúde indígena está sujeito às contingências de uma política setorial sob regime prolongado de escassez, independente de sua pertinência e adequação em atender a saúde dos povos indígenas e da população em geral.

Embora o contexto intercultural seja motivo de diferenças significativas para a adesão, o acesso, e o usufruto de um sistema de saúde que se pretende universal, integral e equitativo, as pessoas vêm sofrendo de males que acometem a todos em todos os lugares em que estejam vivendo.

Então, se a doença se universaliza cada vez mais, por que não somos tratados de forma universal, integral e justa, com discriminação positiva, merecendo mais atenção os mais necessitados, como é o caso das populações indígenas em geral?

Além das diferenças culturais que exigem reconhecimento e respeito na prática da atenção e, portanto, mais trabalho humano do que máquinas, aparelhos e produtos, há crescente indisponibilidade de recursos para as ações intensivas em trabalho no SUS inteiro. Ainda que os gastos per capita do Subsistema de Saúde Indígena sejam maiores que o gasto médio per capita nacional, a insatisfação dos indígenas com o SSI não é menor que a dos “nacionais” em relação ao SUS, pelo contrário.

Responder estas questões na prática dos serviços de saúde é um grande desafio e deve ser objeto de um planejamento estratégico competente com a escassez e sensível ao contexto intercultural que se explicita no cotidiano das pessoas em relações de saúde, em busca de preservar a vida saudável e evitar a doença ou de aplacar o sofrimento e alcançar a cura ou ter a maior longevidade até a morte digna.

Nesse sentido as etapas de uma só função, como é o caso da gestão de saúde, não podem ser divididas da forma habitual, como especialidades distintas exercidas por segmentos estanques, ainda que em uma mesma instituição.

O planejamento para a mudança em terreno adverso como o da saúde, e ainda mais da saúde indígena, deve ser feito com a participação de todos que vão executar acompanhar e avaliar o seu desenrolar nos serviços cotidianos e na instituição inteira. Isto ainda não acontece plenamente na FUNASA, que dispõe de um roteiro sistemático de planejamento menos eficaz do que pode ser.

Há situações em que o “modo de fazer” pode ser mais importante que as ferramentas especializadas em qualquer etapa da gestão. Esta pode ser a situação da Política de Atenção à Saúde Indígena executada pela FUNASA.

### **2.3.5 Incentivos, desempenho e gestão por resultados**

Desde o início da implantação do SSI, o MS implantou uma política de incentivos e dirigida aos municípios que tivessem povos indígenas em seu território e desenvolvessem ações e serviços de saúde para os mesmos **(Brasil.MS 1999)**. Embora não tenhamos conseguido ter acesso a um “Convênio”, é importante considerar que esses convênios com entidades privadas, tipo ONGs, parecem tinham um desenho semelhante aos mais conhecidos “contratos de gestão”, instrumento pelo qual se contratam serviços, com base em metas/resultados. Esta temática precisa ser mais investigada e avaliada, no processo de desenvolvimento da consultoria.

Contudo, é importante registrar que, a partir do final de 2007, os incentivos de atenção básica e especializada aos povos indígenas destinados a Municípios e Estados para execução de ações complementares às ações da FUNASA, incluindo a contratação de pessoal para a saúde indígena, foram regulamentados pela Portaria MS nº 2.656 **(Brasil.MS 2007)**. Esse instrumento que, além de aprimorar a política de incentivos para a política de nacional de atenção à saúde dos povos indígenas tornando alguns mecanismos de financiamento existentes mais transparentes, estabeleceu um novo marco regulatório nas relações entre entes federados. Nesse sentido, um elemento positivo desse instrumento é que a aplicação de recursos segue a lógica do Pacto em Saúde, envolvendo nos termos do pacto: FUNASA, DSEI, Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena, Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais **(Brasil.MS 2007)**.

As primeiras reações a essa portaria, tanto por parte de técnicos da Funasa - MS, quanto por outros atores da política de saúde indígena, foram de apreensão e de um certo receio crítico sobre a possibilidade dela poder representar um primeiro passo rumo à municipalização da política de saúde indígena no país. Esse tipo de reação pode ser captada por meio do contato direto com esses atores, em reuniões do GT da FUNASA de acompanhamento da consultoria e no **‘I Seminário Participativo da Gestão na Atenção Integral e Diferenciada aos Povos Indígenas do Estado do Amazonas’**, organizado pelo Departamento de Atenção Básica do MS e realizado em Manaus (AM), de 28 a 30/5/2008. Na apresentação de publicação específica dessa Portaria, além de ressaltar algumas qualidades do instrumento, observou-se o cuidado com que o autor debateu com essas reações, que é registrado nos trechos destacados a seguir: *“A portaria não significa a municipalização da atenção integral à saúde indígena. [...] A portaria nº 2.656 vem atender diversas das 536 propostas aprovadas naquela conferência [4º CNSI de 2006] e aumenta a responsabilidade da FUNASA no gerenciamento da política de saúde indígena”* **(Forte 2007)**.

Já existe um modelo de Termo de Pactuação entre FUNASA-MS e municípios em processo de negociação e pactuação. Os primeiros que tivemos acesso, do DSEI de Pernambuco, têm se concentrado em pactos com municípios e na atenção básica **(Brasil.MS.Funasa.Pesqueira-PE 2008)**. Explorar os potenciais desse instrumento para pactuações envolvendo, além de secretarias municipais, as secretarias estaduais e uma (re)pactuação do acesso à atenção de média e alta complexidade são desafios da atual conjuntura.

### **2.3.6 Capacidade atual de gestão**

Capacidade de gestão (ou de governo) é uma dimensão da análise da gestão, que abrange recursos disponíveis e conhecimento técnico e de contexto acumulado pela organização. Nesse sentido, esta seria mais uma categoria analítica do que uma categoria empírica. Um estudo recente que tenta operacionalizar uma avaliação com essa categoria, os autores exploraram três dimensões/critérios: perfil do gestor; adequação do quadro técnico às necessidades do sistema de saúde; e política de recursos humanos **(Silva et al 2007)**.



Embora as bases de evidência disponíveis ainda sejam escassas, as informações disponíveis, principalmente ao nível dos DSEI: com suas competências sendo mais da esfera da gerência da atenção do que da gestão propriamente dita; sobre a elevada rotatividade dos dirigentes dessa estrutura estratégica para o SSI; da heterogeneidade e fragilidade das equipes de gestão e planejamento, permite-nos afirmar que essa dimensão ou categoria analítica do SSI está fragilizada.

Para uma melhor aproximação à avaliação da capacidade de gestão, com ênfase na instância operacional do SSI – os DSEI – precisamos aprofundar mais e melhor essa discussão.

O GT de Acompanhamento da Consultoria das Metas e dos Modelos do Subsistema de Saúde Indígena, em sua 5ª reunião ordinária, realizada em 17 e 18 de julho de 2008, aprovou a realização de um estudo junto aos Chefes de DSEI e Presidentes de CONDISI para caracterizar as necessidades específicas dos diferentes DSEIs do Subsistema (**Brasil. MS FNS 2008**).

OS 17 DSEI da Região Norte respondentes da consulta, sendo 7 sediados nas capitais, 7 em cidades não capitais com mais de 30.000 habitantes, são responsáveis por 212.554 indígenas, quase 60,0 % de toda a população habitante de reservas indígenas, moradores em 2.467 aldeias, com uma população média de apenas 86 pessoas e das quais a maioria, 1.682 aldeias, está a mais de 4 horas da sede do DSEI. As chefias desses distritos mudaram 82 vezes no intervalo de 2000 a 2008, praticamente cinco vezes em cada distrito, com pelo menos um novo chefe a cada 20 meses, chegando ao extremo de um distrito mudar nove vezes de chefia, tendo um novo chefe a cada 11 meses ou menos. Em apenas dois distritos não houve mudança de chefia no período perguntado.

### **2.3.7 Os Recursos Humanos do Subsistema de Saúde Indígena SSI**

#### **2.3.7.1 Composição e distribuição de Recursos Humanos do SSI**

No ano de 2007, atuavam na base do Subsistema de Saúde Indígena, entre o pessoal de campo e as equipes das sedes dos distritos, um total de **12.895** pessoas, sendo **1.681** de nível superior, médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, antropólogos e outros, além de **11.214** pessoas de nível médio, técnicos e auxiliares

de enfermagem, técnicos e auxiliares de consultório dentário, microscopistas, AIS, AISAN e outros (**Anexo I**).

Acrescenta-se a esse quadro as pessoas trabalhando no DESAI, que são 96 (noventa e seis) ao todo, dos quais apenas 36 são servidores da FUNASA e os demais são terceirizados (37), consultores (10), estagiários (06) ou comissionados (04) e um contratado por instituição conveniada<sup>23</sup>.

Segundo o “Consolidado por Regiões do Brasil de Recursos Humanos” da Assessoria Técnica Gerencial/DESAI, é interessante observar que a distribuição de profissionais por população atendida, mostra grandes discrepâncias entre as macro-regiões, que se acentuam entre os distritos de uma mesma macro-região, pois a distribuição de profissionais e de população não tem relação direta de proporcionalidade.

Na Amazônia Legal, onde há 24 distritos sanitários especiais indígenas e uma população de 279.343 usuários do Subsistema de Saúde Indígena, contava-se com apenas 102 médicos, 434 enfermeiros, 188 odontólogos, 25 nutricionistas, 26 farmacêuticos, 20 assistentes sociais, 03 psicólogos, 04 antropólogos, 20 administradores, 04 contadores e 73 outros. Isto significando uma relação de menos de um médico por mil usuários (0,6), menos de dois enfermeiros por mil usuários (1,4), mas alcançando mais de três profissionais de nível superior por mil usuários, consideradas todas as categorias (3,2), ou seja, 899 trabalhadores para 279.343 usuários.

Na região Sul compreendendo os DSEI Minas Gerais /Espírito Santo, Sul/Sudeste e Paraná havia, no mesmo ano de 2007, 342 profissionais para 58.912 usuários com o indicador de 5,8 profissionais de nível superior por mil usuários, quase o dobro do encontrado para a Amazônia Legal. Quanto aos médicos, enfermeiros e odontólogos esse indicador era de 1,4/1000, 2,0/1000, 1,3/1000, também superiores aos encontrados na Amazônia Legal.

Esta distribuição territorial tão discrepante de recursos humanos não se repete quando se considera o total de trabalhadores de cada categoria e suas proporções em termos nacionais. Havia 293 médicos, 705 enfermeiros, 368 odontólogos, 63 nutricionistas, 42 farmacêuticos, 29 assistentes sociais, 20 psicólogos, 09 antropólogos,

---

<sup>23</sup> Fonte: DESAI. Relação por setor e vínculo distribuídos no DESAI – Atualizada em setembro de 2008.

23 administradores, 06 contadores e 123 outros no total de 1.681 profissionais de nível superior, perfazendo 3,1 profissionais/1000 usuários, média discretamente inferior ao indicador para Amazônia Legal e bem abaixo de 5.8 profissionais/mil usuários para a região Sul/Sudeste. Isto indica carência relativa de recursos humanos onde há maior necessidade, pois eles se encontram distribuídos quase igual à média na Amazônia Legal (3,2) e praticamente em dobro na região Sul/Sudeste (5,8).

Este cenário de distribuição profissional no SSI é injusto e agravado pela ausência quase absoluta de outros serviços de saúde acessíveis à população indígena na região norte.

Do total de 899 profissionais lotados nos DSEI da Amazônia Legal, os médicos perfazem apenas 9,8% dos trabalhadores, enquanto no Sul/Sudeste eles atingem 25,4%, ou seja, 87 médicos de 342 profissionais de nível superior. O mesmo não ocorre com odontólogos que são 188 em 899 ou 20,9% na Amazônia Legal e 22,8% ou 78 em 342 profissionais de nível superior na região Sul/Sudeste.

Os profissionais de assistência social, psicologia e antropologia, são os trabalhadores que lidam com a subjetividade humana dando atenção à população usuária direta ou indiretamente, contribuindo para a coerência e a boa organização do trabalho no contexto intercultural.

O Subsistema de Saúde Indígena conta com apenas 58 profissionais da área social, sendo 29 assistentes sociais, 20 psicólogos e 09 antropólogos, o que equivale a 01 (hum) profissional para cada 10.000 usuários, índice muito pouco significativo em se tratando de uma atividade predominantemente voltada para o atendimento das pessoas em situação desfavorável de saúde e necessitadas de atenção subjetiva individual. Além disto, o atendimento da coletividade em geral pode ser muito mais adequado com a colaboração deste tipo de profissionais, aproximando as práticas de saúde ao contexto intercultural.

Por fim, a distribuição de profissionais de nível superior chega a ser tão desequilibrada e problemática, que nos distritos de Vilhena, Vale do Rio Javari e Amapá/Norte do Pará não havia médicos atuando na saúde indígena.

Em relação direta com a população assistida se encontram os profissionais de nível médio e os agentes indígenas de saúde, indispensáveis à manutenção dos níveis de cobertura e da continuidade da atenção à saúde. Em 2007 os trabalhadores de nível

médio somavam 11.214 atuando em todo o subsistema, destacando-se 1889 técnicos de enfermagem e 703 auxiliares de enfermagem ou 2592 profissionais, 23,11% desse corpo funcional e os agentes indígenas de saúde e de saneamento em número de 5025 ou 44,81% de todos os técnicos e agentes de saúde.

### **2.3.7.2 Vínculo empregatício dos trabalhadores da saúde indígena**

Segundo a atual **proposta para superação das deficiências do quadro de servidores efetivos**, desde que assumiu cuidar da Saúde Indígena a FUNASA não teve ampliação de seu quadro de servidores, sendo obrigada a utilizar estratégias diversas para suprir a necessidade de recursos humanos na saúde indígena. **(FUNASA 2008)**.

Em 2007 havia pelo menos cinco formas para alocação de trabalhadores no Subsistema de Saúde Indígena: FUNASA, SAS/MS, Convênios, VIGISUS e Municípios, além de outros.

A primeira forma, obviamente, foi contar com os próprios servidores, seguida da estratégia SAS/MS por meio da Portaria MS nº 1163, de 14 de setembro de 1999. A contratação de pessoal também poderia ser realizada por municípios em que os DSEI estão situados, utilizando recursos da SAS/MS repassados do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais de saúde, como incentivos para atenção básica e especializada aos povos indígenas. A Portaria 1163 foi substituída pela Portaria MS nº 2656 de 17 de outubro de 2007, com vistas a sua melhor regulamentação.

Voltando à proposta destacada acima, “a FUNASA teve que recorrer à terceirização de serviços, em alguns casos não previstos no Decreto 2.271/97<sup>24</sup>; à contratação de consultores por intermédio de organismos internacionais e à celebração de convênios com Organizações Não-Governamentais”.

Desse modo se estabeleceu a estratégia de convênios com organizações não governamentais diversas, dentre elas associações indígenas, entidades missionárias religiosas e outras que originariamente trabalhavam com povos indígenas. O Projeto VIGISUS inclusive, financiado pelo Banco Mundial, passou a ser opção eventual para contratação por meio do PNUD ou da UNESCO, de consultores que colaboram com a gestão do DESAI.

---

<sup>24</sup> **DECRETO Nº 2.271, DE 7 DE JULHO DE 1997.** Dispõe sobre a contratação de serviços pela Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional e dá outras providências.

Empresas nacionais como a Brasforte e depois a Milenium se constituíram em fornecedoras de mão de obra principalmente profissionais de nível médio, técnicos de saúde ou técnicos administrativos, para atuarem no Departamento de Saúde Indígena e outros departamentos da FUNASA.

Além destas alternativas tem se contado com a contratação de profissionais por meio das administrações municipais, trabalhadores estes sob a coordenação dos DSEI que também se subordinam aos seus contratantes com as inconveniências do duplo comando.

Na tabela 2.3.7.2.1 a seguir verifica-se a importância das diversas estratégias na composição do quadro de recursos humanos atuando na saúde indígena. É evidente a dependência da aplicação de incentivos à assistência à saúde e de convênios para a manutenção de 82% do corpo funcional do Subsistema de Saúde Indígena. Uma organização tão dependente de terceiros para se manter funcionando é muito vulnerável em sua subsistência podendo ter sua missão fatalmente comprometida.

Tabela 2.3.7.2.1: Estratégias de contratação de recursos humanos para o SSI

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Funasa</b>	<b>SAS/MS</b>	<b>Conveniada</b>	<b>Município</b>	<b>Outras</b>	<b>Total</b>
Nível Superior	129	860	570	120	2	1.681
Nível Médio + AIS e AISAN	1.188	4.940	4.223	726	168	11.214
Total	1.317	5.800	4.793	846	170	12.895
<b>Percentual</b>	<b>10,2 %</b>	<b>44,9 %</b>	<b>37,1 %</b>	<b>6,5 %</b>	<b>1,3 %</b>	<b>100 %</b>

Fonte: Acompanhamento de Recursos Humanos Atuando na Saúde Indígena, dez 2007

Ainda, quanto ao vínculo dos recursos humanos do SSI com a FUNASA, pode-se dizer que há dois grandes grupos de atuação: o grupo de gestão e gerência, dos que atuam nas instâncias de direção e o grupo operacional, dos que atuam nas unidades e equipes de atenção à saúde indígena, inclusive os agentes indígenas de saúde e saneamento, ainda sem definição oficial de categoria e inserção profissional.

A contratação do grupo operacional sofre maior descontinuidade por depender da regularidade administrativa de terceiros, que podem incorrer em inadimplência nas relações com a FUNASA, convênios ou contratuais, conforme sua natureza jurídica institucional. Esta pode ser a fonte de maior tensão entre os trabalhadores da saúde e,

por conseguinte, um determinante de instabilidade na prestação de serviços de saúde para os povos indígenas.

Sabidamente a continuidade da atenção e a construção do vínculo de relacionamento e confiança interpessoal e institucional não pode progredir em um tal clima de insegurança, comprometendo de forma substantiva a qualidade dos serviços prestados nas aldeias.

### **2.3.7.3 Organização do trabalho na assistência à saúde indígena**

A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, a EMSI, é composta por médico, enfermeiro, odontólogo, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde, constituindo a base organizacional da assistência nas áreas indígenas.

Cada profissional deve organizar seu processo de trabalho junto ao nível gerencial imediato, de acordo com os programas da atenção preconizados pelo Ministério da Saúde e diretrizes da saúde indígena, em conformidade com as orientações gerenciais e a realidade nas aldeias. O agente Indígena de saúde organiza seu plano de trabalho junto aos demais membros da EMSI e estes junto ao coordenador técnico do pólo base, que organiza seu plano de trabalho junto ao Chefe do DSEI.

De acordo com as orientações do módulo introdutório do Curso Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde, Brasília 2005, a assistência está intimamente ligada ao processo de formação dos agentes numa estratégia de formação em serviço, “aprender fazendo”, ou seja, as ações e atividades de assistência, além de corresponderem ao serviço que deve ser realizado, se constituem em importantes subsídios reais e dinâmicos para os profissionais de nível superior exercerem sua função de instrutores e supervisores dos agentes indígenas e desenvolvimento das competências e habilidades preconizadas para cada membro da equipe.

Neste contexto se reforça a importância do grupo operacional de profissionais ligados à assistência, seja na execução do serviço ou no processo de formação dos agentes que também está diretamente relacionado com as ações de saúde nas aldeias, mostrando o quanto pode estar comprometido o SSI a depender da quantidade, qualidade e vínculo dos trabalhadores da saúde indígena, assim como o grau de satisfação desses profissionais e da população assistida.

A jornada de trabalho para todas as categorias contratadas na FUNASA ou por meio de qualquer das estratégias descritas deve ser de 40 (quarenta) horas semanais, em tempo integral, a qual os profissionais cumprem em regime de 8 (oito) horas diárias ou em casos de distritos ou serviços mais remotos em regime de compensação adequando-se às necessidades e às condições de deslocamento e permanência em área.

#### **2.3.7.4 Análise de informações, monitoramento e gestão das práticas e dos serviços**

A equipe multidisciplinar produz informações sobre a assistência assim como sobre o processo de formação dos Ais, que se consistem nas fichas de avaliação de desempenho de cada agente e que dizem respeito aos processos de trabalho e ações de saúde realizadas. Muitas vezes estas informações são consolidadas pelo enfermeiro ou demais membros de nível superior da equipe e/ou pelo coordenador técnico do DSEI ou equipe de coordenação contemplando as áreas técnicas. Tais informações são encaminhadas pelo Chefe do DSEI, às Coordenações Regionais ou diretamente ao DESAI, de modo que estas instâncias possam acompanhar e monitorar as ações de saúde nos DSEI, por meio de equipes próprias e de acordo com a área técnica em questão.

Em relação às capacitações ou à realização de módulos de formação de AIS/AISAN, são preenchidos formulários de projetos de atividades de capacitação encaminhados ao Setor de Capacitação das CORE e daí para a Coordenação de Recurso Humanos (CODER), na presidência da Funasa. A partir da CODER os projetos são encaminhados para as áreas técnicas de acordo com o tema da capacitação para análise, aprovação, autorização e conseqüente liberação de verbas.

#### **2.3.7.5 Capacitação e formação de Recursos Humanos**

A qualificação dos trabalhadores do Subsistema de Saúde Indígena se destaca dentre as Diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, conforme o item 4.2, “Preparação de Recursos Humanos para Atuação em Contexto Intercultural” (Portaria MS n° 254):

*“A capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deverá ser priorizada como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas e às novas realidades técnicas, legais, políticas e de organização dos serviços. Deverão ser promovidos cursos de atualização/aperfeiçoamento/especialização para gestores, profissionais de saúde e assessores técnicos (indígenas e não-indígenas) das várias instituições que atuam no sistema”.*

Segundo o Regimento Interno da FUNASA, Art. 55. Item VII, compete à Coordenação de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos do Departamento de Administração, CODER/ DEADM, “manter cadastro dos treinamentos realizados e dos servidores capacitados”. Essas atividades, porém, estão distribuídas em distintos setores na estrutura da FUNASA: Presidência, Coordenações Regionais (CORE) e DSEI, e ainda entre as instituições conveniadas de acordo com seus planos de trabalho previstos nos respectivos Planos Distritais de Saúde Indígena. Houve, portanto, certa dificuldade de consolidar em nível nacional as diversas informações gerenciais sobre de RH (Anexo).

A descrição aqui apresentada enfoca principalmente as EMSI, de acordo com as informações encontradas e incluídos os treinamentos e capacitações, além da formação de agentes indígenas.

Embora capacitações de rotina para EMSI como as que aconteceram no DSEI Yanomami de 2004 a 2006, tenham sido de acordo com os programas da atenção, houve dificuldade de consolidação das respectivas informações gerenciais: tipo de capacitação, número de participantes, resultados, dentre outras. A dificuldade da sistematização das informações correspondentes às atividades desenvolvidas pelos DSEI e muitas vezes pelas conveniadas, já era apontada no anexo 2 do Relatório COPAS/2004, com a recomendação de que fosse criado o módulo de RH no SIASI.

A tabela 2.3.7.5.I a seguir consolida informações sobre capacitações realizadas para membros do grupo da gestão e gerência ou da atenção à saúde com os quais foram despendidos R\$975.993,75, ou seja, 7379,89 por profissional, o que equivale ao custo médio de um curso de especialização de 360,0 horas com direito a certificado oficial de pós-graduação “lato sensu” aos adimplentes.



Tabela 2.3.7.5.1: Capacitações para profissionais da saúde indígena, por tema e número de participantes - 2007.

<b>Capacitações na saúde indígena 2007</b>	
DST/AIDS	27
AIS	20
Mulher e criança	18
SISVAN	15
CBVE	8
Capacitação Pedagógica	5
Imunização	5
Malária	4
Saneamento	3
Tuberculose	3
Assistência farmacêutica	2
Controle Social	1
Outros	21
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>

Fonte: Coordenação de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos (CODER) - 2007.

As informações disponibilizadas pela CODER em relação ao quadro geral de capacitações de RH da saúde indígena em 2007 mostram o número de apenas **132** profissionais capacitados de um total de **12.895** pessoas atuando na saúde indígena em dezembro de 2007. Esta discrepância acentuada entre o número de servidores trabalhando na saúde indígena e o número de capacitados ao longo de um ano inteiro chama atenção para, o que é mais provável, um grande sub-registro de informações sobre capacitações no âmbito da saúde indígena.

### **Formação de agentes indígenas de saúde (AIS)**

O Subsistema de Saúde Indígena, parte integrante do Sistema Único de Saúde, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica, conta com o Agente Indígena de Saúde como membro da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, que é um elemento fundamental na estrutura do modelo de atenção adotado com interface com o modelo de gestão e demais modelos relativos a este diagnóstico inicial.

A análise do processo de formação dos AIS e AISAN traz subsídios para o diagnóstico do Subsistema de Saúde Indígena como um todo e, da mesma forma, este

processo de formação revisto e fortalecido deverá ser utilizado como estratégia de estruturação do subsistema.

Em estudo realizado pela Coordenação de Apoio à Gestão e participação Social, como produto de consultoria em maio de 2007, foi analisada a situação dos módulos que compõem o curso de formação dos agentes indígenas de saúde.

O Curso de Formação de Agentes Indígenas de Saúde é estruturado em seis módulos e cada módulo consiste de duas etapas, uma de concentração e outra de dispersão, estimado para ser concluído em 03 anos, cada curso é realizado em 12 etapas. Tendo sido programadas 43 edições do mesmo curso para 34 DSEI e as subdivisões do DSEI Sul e Sudeste, Xingu e Yanomami, consistindo em 258 módulos com 258 concentrações e 258 dispersões, seriam realizadas 516 etapas no total.

Em 2007, para o total de 3833 agentes indígenas de saúde em curso de formação, foram concluídos 104 módulos, 40,3% do total de 258 módulos programados. Foram realizadas 233 etapas do curso (sendo 129 concentrações e 104 dispersões), ou seja, 45,15% de 516 no total. Em 25 módulos foi realizada somente a etapa de concentração e em 11 DSEI foi realizado apenas o módulo introdutório ou nenhum, ou seja, 32,35% dos 34 DSEI, ou 25,58% dos 43 cursos previstos.

A maioria dos DSEI tem encontrado dificuldades para a realização dos módulos, principalmente as etapas de dispersão, que exigem a permanência dos instrutores/supervisores pedagogicamente capacitados e o funcionamento regular dos serviços, haja vista a realização de 129 concentrações e apenas 104 dispersões em todos os DSEI com o curso de formação.

O curso de formação foi concluído oficialmente nos DSEI Ceará, no segundo semestre de 2006, com uma turma de 14 AIS, e no DSEI Leste de Roraima, com a certificação de 372 AIS em abril de 2007.

O estudo apontava ainda que o DSEI Kaiapó Redenção e a turma de AIS da Diocese de RR - DSEI Yanomami - também já haviam concluído os seis módulos do curso de formação”.

Em relação aos Agentes Indígenas de Saneamento foram capacitados 1432 AISAN e 140 supervisores até 2007.

## **Aspectos positivos do processo de formação de AIS**

- O processo foi elaborado conforme preconizado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (Lei nº 9394/96), no que diz respeito ao ensino básico, direcionado para a construção de competências/habilidades, visando facilitar o prosseguimento da profissionalização nos níveis médio (técnico) e superior (tecnológico). Funasa/2005.
- O Programa de Formação dos Agentes Indígenas de Saúde faz parte da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, como um dos pilares da construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI. Busca, além das ações assistenciais de saúde, a autonomia dos povos indígenas. FUNASA/2005.
- Todo o material didático do curso de formação inicial para AIS distribuído em seis módulos foi produzido, estruturado, impresso e disponibilizado no site da FUNASA.
- Os instrumentos de avaliação de processo e de desempenho dos AIS, assim como, a seqüência de atividades dos módulos são coerentes com a metodologia problematizadora preconizada e flexíveis para adaptações que se fizerem necessárias ao contexto intercultural e à realidade das aldeias/etnias.
- Foi instituída a Comissão de Trabalho sobre a Formação e Inserção Profissional dos AIS e AISAN, composta por representantes das CORE, DSEI, Escolas Técnicas de Saúde, Secretarias de Educação e profissionais de EMSI, incluindo AIS e AISAN, conforme o Relatório da Oficina **“Formação e Inserção Profissional dos Agentes Indígenas de Saúde - AIS e Agentes Indígenas de Saneamento – AISAN”**, realizada em maio de 2008 pela COPAS/CGPAS/DESAI.

## **Dificuldades detectadas no decorrer do processo de formação do AIS<sup>25</sup>**

- A proposta do curso está baseada na formação em serviço. Entretanto, algumas dificuldades inerentes à organização e construção de cada DSEI, prejudicam a organização do processo de trabalho nas aldeias, ou seja, a criação de um espaço de trabalho como ambiente formador dos AIS e que favoreça a aprendizagem e desempenho dos alunos (AIS). Nesse aspecto, podem ser listados alguns problemas estruturais como:
  - atrasos no repasse de recursos para pagamento dos profissionais das Prestadoras (Prefeituras e ONGs conveniadas com a FUNASA),
  - dificuldade de quantidade e qualidade profissionais das EMSI e grande rotatividade de profissionais,
  - pouco envolvimento, na formação dos AIS, de profissionais contratados por prefeituras para atuarem na saúde indígena,
  - deficiência no funcionamento da rede de referência e contra-referência junto aos hospitais dos municípios e estados, e na implementação do Sistema de Informações,
  - deficiências no processo seletivo de AIS e EMSI.
- Dificuldade do DESAI de realizar monitoramento, acompanhamento e supervisão das ações, nos DSEI e CORE referente às várias instâncias do processo de formação.
- Dificuldade do DESAI em consolidar os dados e produzir informações nacionais sobre o processo de formação, situações em que se encontram os DSEI, assim como, dificuldade dos DSEI em produzir estas informações.
- Dificuldade em avaliar o impacto das capacitações dos profissionais e dos AIS no serviço e na saúde indígena.

---

<sup>25</sup> Trecho retirado do documento A Formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas FUNASA – MS, Brasil - 1999 a 2006 apresentado pela COPAS/DESAI/FUNASA/MS na Oficina de Encerramento da Cooperação Técnica, Brasil/Costa Rica, em São José/Costa Rica. Anexo IIB, Produto Consultoria Vigisus/Pnud – COPAS, Agosto/2006).

- Estratégias deficientes para resolver o problema da rotatividade dos Profissionais das EMSI, AIS e demais profissionais da Saúde Indígena (Gestores, técnicos, etc.).
- Pouco ou deficiente envolvimento dos profissionais das EMSI na formação dos AIS (despreparo antropológico, visão assistencialista, variedade e precariedade de vínculo empregatício, pouco perfil para trabalhar com populações indígenas).
- Dificuldade de realização da etapa de dispersão dos módulos de formação. Falha na organização e arquivamento de registros e fichas de avaliação dos AIS.
- Dificuldade de articulação e celebração de convênios ou parceria com as Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde para acompanhamento do processo de formação e certificação do AIS.
- Baixa escolaridade dos AIS.
- Necessidade, em algumas regiões, de estrutura adequada para realização na área indígena dos cursos dos AIS (etapas de concentração) considerando a inadequação de serem realizados nas cidades (facilitando o alcoolismo, choque cultural, DST/AIDS, conflitos pessoais ou familiares etc.).

**Pontos críticos ou essenciais que devem ser trabalhados como estratégias de reorientação do processo de formação dos agentes indígenas e da consolidação dos DSEI.**

De acordo com o termo de referência foram identificadas as seguintes questões como alguns dos “principais problemas existentes no SSI”, no caso em relação ao processo de formação dos AIS, “complementando avaliações já realizadas anteriormente” e/ou reforçando pontos críticos apontados nas oficinas regionais e em documentos produzidos pelo DESAI<sup>26</sup>:

- **Precariedade de vínculo empregatício** – este fato gera muita insegurança nos profissionais e tem sido apontado como um das principais causas da rotatividade de profissionais nas EMSI.

---

<sup>26</sup> Relatórios e produtos de consultorias contratadas pela FUNASA/DESAI; Relatórios de capacitação pedagógica para EMSI; Documento apresentado pela COPAS/DESAI no II SEMINÁRIO INTERNACIONAL: FRONTEIRAS ÉTNICO-CULTURAIS E FRONTEIRAS DA EXCLUSÃO *Práticas educativas num contexto intercultural* Campo Grande, Set/2006.

- **Sobre o processo seletivo dos AIS/EMSI** – um dos problemas constantemente destacados nas capacitações pedagógicas é a falta de perfil de alguns AIS que tem como causas a falta de um processo seletivo bem realizado e a indicação dos caciques (parentes dos agentes escolhidos).
- **Indecisões sobre a categoria profissional dos AIS/AISAN** – essas profissões ainda não estão regulamentadas assim como a inserção destes profissionais no serviço da saúde indígena, destacando ainda a falta de estratégia de regionalização do perfil e/ou atribuições dos agentes.
- **Rotatividade de profissionais** – *apontada nas discussões das oficinas e identificada qualitativamente em outras situações como no exemplo do coordenador técnico DSEI Alto Solimões, jun/jul 2007: “Depois que vocês (instrutores) vão embora nós ficamos aqui para aplicar o que foi discutido, proposto ou preconizado, mas nos falta condições de várias naturezas para realizar o trabalho (falta de materiais e insumos, serviço desorganizado, precariedade dos contratos e das condições de trabalho, atraso de pagamento, etc.)”. “Dos cursos ministrados a preocupação é com a Capacitação Pedagógica. Alguns profissionais já estão sendo transferidos para outros distritos e outros estão saindo por questões pessoais. É que muitos profissionais saem e, conseqüentemente, não teremos condições de realizar a capacitação dos AIS”. 2ª Etapa do Produto de Consultoria (Vigisus/Pnud-COPAS/DESAI) Julho de 2007.*

**As principais causas da rotatividade diagnosticadas são:**

- Insegurança no trabalho (tipo de contrato, influência política nas contratações).
- Período de interstício de três meses para renovação dos convênios implicando o mesmo nos contratos dos profissionais.
- Falta de perspectiva de ascensão profissional (carreira e possibilidade de estudos acadêmicos, especialização, mestrado...).
- insuficiente remuneração em determinadas regiões do país, principalmente no caso dos médicos.
- Falta de perfil para o trabalho de campo na saúde indígena.

- **Gerência técnica das EMSI** – em muitos casos tem ocorrido insuficiente autonomia de gestão do DSEI sobre os profissionais das EMSI contratados via municípios que exercem ingerência sobre os contratados, acarretando graves problemas na qualidade da atenção, como descontinuidade do serviço e pouco ou nenhum envolvimento destes profissionais no processo de formação dos AIS – a maioria não participa das capacitações pedagógicas.
- **Informação (e fluxo) sobre RH** – falta de um módulo RH, organizado e dinâmico, que permite acompanhar/monitorar o profissional desde a contratação até o desligamento.
- **Educação permanente** – este processo geralmente não está instalado nos DSEI e tem sido confundido com realização de capacitações pontuais e/ou seqüenciadas realizadas no DSEI, conforme também mostrado nas oficinas regionais.
- **Impacto das capacitações realizadas** – não têm sido realizadas estratégias eficientes e produção de informações sobre o impacto das capacitações no serviço, na saúde da população assistida, assim como na satisfação dos usuários.
- **Número de RH** – se mostrou insuficiente, de forma que a Funasa tem empenhado esforços para a complementação do quadro de profissionais por meio de contratações temporárias segundo Ofícios nº 369/Pres/Funasa de 13/06/2008 e nº 128/DEADM/Funasa de 12/08/2008 e atendendo ao Termo de Conciliação Judicial (processo n.º 00810-2006-017-10-00-7) firmado pelo Governo Federal com o Ministério Público do Trabalho.
- **Baixa escolaridade dos AIS e AISAN** – Apontada também na atividade “levantamento de problemas” nas capacitações pedagógicas para EMSI como um dos problemas de desempenho dos AIS no curso de formação. Este fato reforça a necessidade de integração do ensino formal à educação profissional na saúde indígena identificada na experiência do DSEI Cuiabá.
- **Capacitação Pedagógica (CP)**– tem sido realizada repetidamente em alguns DSEI principalmente devido à substituição de profissionais capacitados por profissionais recém contratados (rotatividade). Este fato dificulta a organização da demanda dessas capacitações assim como o acompanhamento

do impacto das mesmas e o controle dos resultados. Também foi identificada a carência atual de profissionais capacitados como Multiplicadores das CP.

- **Priorização o processo de formação de agentes indígenas de saúde** – como estratégia estruturante para a consolidação dos DSEI e da atenção à saúde indígena. Atualmente existe uma insuficiente estrutura da equipe do DESAI responsável por esta ação. No Relatório de Gestão/Funasa 2007 não foi feita referência ao tema .

### **Situações do contexto atual**

- Publicação da Portaria GM nº 1.235 de 19 de junho de 2008 cria a comissão de estudo para elaboração de uma política de recursos humanos para o subsistema de saúde indígena.
- Realização pela COPAS/DESAI da oficina de formação e inserção profissional dos AIS e AISAN e a criação de uma comissão para trabalhar os encaminhamentos decorrentes da oficina. Maio 2008.
- Lançamento do programa de educação profissional integrada à educação escolar indígena – MEC/2007.
- Inclusão dos AIS e AISAN (em 2007) no Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO).

### **Algumas de questões a serem aprofundadas para qualificação da gestão do SSI:**

- Levantamento do grau de satisfação dos usuários (por DSEI) em relação à atuação dos RH (EMSI incluindo os AIS e AISAN; Pessoal da sede do DSEI; pessoal das CORE, e Pessoal do DESAI).
- Medir o tempo de permanência dos profissionais das EMSI (incluindo AIS e AISAN) e dos Chefes de DSEI.
- Cadastro de Informações profissionais sobre os membros das EMSI.
- Identificação dos profissionais das EMSI que realizam capacitação pedagógica.
- Demanda de capacitação pedagógica para profissionais das EMSI.
- Sistematizar uma forma de acolhimento adequado aos profissionais que ingressam na saúde indígena.



## 2.4 Análise de Financiamento

Geraldo Biasoto, Luciana Teixeira

### 2.4.1 Execução Orçamentária

Os dados a seguir referem-se ao orçamento liquidado da saúde indígena entre os anos de 2003 a 2007, composto por recursos executados pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) e por recursos da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que constam do programa “Identidade étnica e patrimônio cultural dos povos indígenas” do Orçamento Geral da União.

Tabela 2.4.1.1 – Recursos da Saúde Indígena – 2003 a 2007

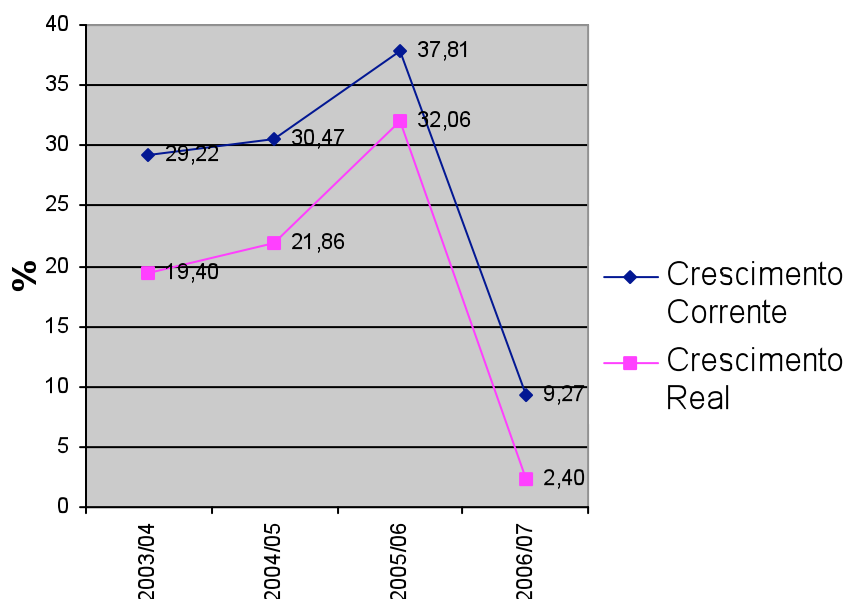
	R\$ correntes				
	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Funasa</b>	136.892.000,00	181.968.740,28	219.502.706,34	296.994.353,39	328.257.894,38
<b>SAS</b>	61.707.348,00	74.665.255,00	115.329.232,00	164.441.614,00	175.948.668,00
<b>TOTAL</b>	198.599.348,00	256.633.995,28	334.831.938,34	461.435.967,39	504.206.562,38

Fontes: CGPAS/DESAI.  
DOU, ASTEC/CGASI/DESAI/FUNASA.

Observa-se que, ao longo de cinco anos, esses recursos aumentaram 154%, em termos nominais, ao passo que, em valores reais, o orçamento liquidado, neste mesmo período, dobrou. Em relação ao orçamento do Ministério da Saúde, o orçamento do Subsistema teve desempenho significativamente superior. O investimento do MS, em 2007 foi cerca de 74% superior, em termos nominais, ao de 2003. Esses números denotam uma alocação de recursos, ao longo desses anos, favorável à saúde da população indígena.

Em que pese essa situação relativamente vantajosa para a saúde indígena, verifica-se no gráfico a seguir que o crescimento desses gastos, nos anos pesquisados, tem se desacelerado. O maior incremento ao orçamento da saúde indígena aconteceu de 2005 a 2006 – cujo crescimento foi de quase 38%, em termos nominais, e de 32%, em termos reais. No ano seguinte, entretanto, esse crescimento foi praticamente residual.

Gráfico 2.4.1.1 – Crescimento anual do gasto com Saúde Indígena – 2003 a 2007



Do orçamento da Funasa em 2007 (R\$ 328,2 milhões), R\$ 227,8 milhões ou 69,4% desse total foram gastos em ações e serviços de saúde para os povos indígenas executados diretamente pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) ou por intermédio de convênios. As outras despesas compreenderam R\$ 24,6 despendidos por meio do cartão combustível (10,8%), além de R\$ 75,7 milhões ou 23% gastos de forma centralizada pela Funasa para a contratação de pessoal (terceirizados e consultores), medicamentos, horas-vôo, passagens e diárias, aluguel, manutenção de veículos e contas de água, luz e telefone. Vale observar que, neste mesmo ano, 60,1% dos recursos da Funasa repassados para DSEIs e COREs foram executados por meio de convênios.

Em 2007, os Tetos Distritais – que incluem tanto recursos da Funasa como da SAS - somaram R\$ 403,7 milhões. A decomposição do valor dos tetos entre recursos da Funasa e da SAS/MS, em 2007, foi a seguinte: os primeiros, repassados às Coordenações Regionais e destas aos (DSEIs), perfizeram R\$ 227,8 milhões, ao passo que os recursos da SAS/MS, repassados para os fundos municipais de saúde à título de incentivos, tanto para a atenção básica quanto para a atenção hospitalar, ambulatorial e testagem, representaram R\$ 175,9 milhões. Somando-se a estes R\$ 24,7 milhões do cartão combustível (recursos extra-teto), obtém-se o total de recursos gastos em saúde indígena localmente no ano analisado: R\$ 428,4 milhões, dos quais 59% foram

originários da Funasa, enquanto que a SAS contribuiu com 41% do financiamento dos gastos locais em saúde indígena no ano de 2007.

Considerando uma população, registrada em 2007, de 510.812 índios, o gasto *per capita* com saúde indígena foi de R\$ 987,10. Os gastos públicos com saúde para a totalidade da população brasileira, em termos *per capita*, foram, em 2006 – ano em que a informação se encontra disponível -, da ordem de R\$ 450,00, de acordo com o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde.

O maior gasto estadual *per capita* com saúde indígena verificado, em 2007 - R\$ 2.310,1, em Goiás - foi sete vezes superior ao menor dispêndio - R\$ 332,29, no Rio Grande do Sul. Mesmo considerando as particularidades de cada região – dificuldades de deslocamento, salários mais elevados, entre outras – a significativa desigualdade entre as despesas por índio nos estados brasileiros pode indicar uma alocação de recursos ineficiente.

Convém mencionar que a iniquidade na alocação de recursos para a saúde indígena entre estados e regiões é apenas uma faceta da ineficiência alocativa. Dentro de um mesmo Distrito Sanitário Especial indígena, entre terras e povos indígenas e entre municípios, observam-se desigualdades de acesso aos recursos disponíveis. Assim, aqueles mais articulados e próximos aos DSEIs tendem a receber mais recursos. Esse tema será explorado nas etapas seguintes deste estudo por meio da coleta de informações primárias.

Em termos absolutos, a Coordenação Regional (CORE) que mais recebeu recursos, em 2007, foi a do Amazonas (R\$ 80,9 milhões), seguida pelo Mato Grosso (R\$ 61,6 milhões) e Roraima (R\$ 49,2 milhões). As Coordenações que menos receberam recursos foram as do Espírito Santo (R\$ 293,6 mil) e do Piauí (R\$ 637,6 mil). O gasto da Presidência da Funasa com convênios para atendimento às CASAI, em 2007, foi de R\$ 2,7 milhões de reais.

Os valores supramencionados dizem respeito ao Orçamento do Departamento de Saúde Indígena (DESAI/Funasa) e do DAB/SAS/MS e não incluem alguns gastos que deveriam ser agregados a esse montante para se ter uma noção dos dispêndios totais com saúde indígena no Brasil. Com esse intuito, aos recursos do orçamento da saúde indígena deveriam ser somados os gastos com o pagamento do quadro de funcionários

da Funasa e do Departamento de Atenção Básica da SAS/MS que desempenham funções de atenção à saúde dos povos indígenas. Adicionalmente, deveriam ser computados os gastos com internações hospitalares (AIHs), consultas e exames de diagnóstico dessa população na rede do SUS. Os gastos mencionados serão incorporados ao montante de recursos da saúde indígena apurado até o momento ao longo das próximas etapas do estudo.

Desde 2006, compras de medicamentos, cartão combustível, material médico, hospitalar e odontológico, despesas com viaturas terrestres e viaturas aquáticas passaram a ser executadas de forma centralizada pela Funasa. Os gastos com medicamentos, nos seis meses de 2008, totalizaram R\$ 3,4 milhões de reais ou 4% dos recursos da Funasa destinados aos DSEIs, excluídos os convênios.

Neste mesmo período, os gastos com viaturas terrestres foram de R\$ 18,8 milhões – mais de cinco vezes superior ao gasto com medicamentos e quase 70% maior que o gasto com o incentivo para a atenção especializada à população indígena.

## **2.4.2 Formas de Repasse de Recursos para a Saúde Indígena**

### **Repasses Fundo a Fundo**

Atualmente, duas portarias regem o repasse de recursos de incentivos tanto para a atenção básica quanto para a atenção especializada aos povos indígenas.

A Portaria 1.163/GM, de 14 de setembro de 1999, instituiu o **Fator de Incentivo de Atenção Básica** aos povos indígenas, e o **Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico** à população indígena. Apesar de ter sido recentemente revogada pela Portaria nº 2656, de abril de 2008, essa norma ainda continua a orientar o repasse dos recursos de incentivos para a maioria dos municípios. Tais recursos são repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, sendo, portanto, os municípios responsáveis pela sua gestão e prestação de contas.

O incentivo da atenção básica destina-se a apoiar a contratação de agentes de saúde indígena e de equipes multidisciplinares para atenção à saúde das comunidades indígenas. Nesse sentido, foi definida, pela Portaria mais antiga, a composição dessas equipes: médico, dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente indígena de

saúde. Tais equipes podem ser operadas direta ou indiretamente pela Funasa, Estados ou por Municípios.

O valor do PAB-PI, como previsto pela Portaria, não foi regulamentado. Os valores a serem repassados para os municípios foram estabelecidos, então, com base nos valores pagos às equipes do Programa de Saúde da Família. O número de equipes multidisciplinares para a saúde indígena, entretanto, não tomou como base os critérios estabelecidos para a população não branca, haja vista a grande dispersão geográfica em várias terras indígenas. Dessa forma, os valores foram negociados caso a caso. Convém destacar que, atualmente, a maioria dos municípios continua a receber o incentivo à atenção básica de acordo com esses critérios.

Alguns municípios, por diversos motivos que serão analisados nas próximas etapas desta pesquisa, não gastam integralmente os recursos repassados pela SAS/MS, formando “saldos” em seus fundos municipais de saúde. A informação, que será apurada com maior precisão no decorrer do estudo, é que não há transparência em relação à destinação de tais “saldos” e que, freqüentemente, eles são utilizados para fins diferentes dos previstos na referida Portaria, isto é, a contratação de equipes multidisciplinares. Em alguns casos, parecem haver evidências que os recursos não têm sido nem mesmo destinados à saúde indígena.

Freqüentemente, para não esbarrarem nos limites para contratação de pessoal estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, os municípios celebram convênios para o repasse dos recursos do incentivo da atenção básica, ficando as conveniadas responsáveis pela contratação das equipes multidisciplinares e de funcionários das Casas do Índio (CASAI), como cozinheiros e motoristas. Essas entidades, por esse motivo, foram apelidadas de “agências de recursos humanos”. Nestes casos, o convênio funciona, de fato, como uma tercerização.

Em alguns estados, onde as equipes são contratadas via convênio, os valores do PAB, cuja finalidade é justamente a contratação desses profissionais, foram proporcionalmente reduzidos.

Vale ressaltar que, segundo documento da Funasa em anexo, do contingente atual de cerca de 13.775 trabalhadores da saúde indígena, apenas 9% são do quadro da Funasa, 41% são contratados por ONGs e 50%, por prefeituras municipais. Para substituir gradativamente até 2012 a força de trabalho tercerizada por servidores

contratados por concurso, conforme expresso no Termo de Conciliação Judicial entre a Funasa e o Ministério Público do Trabalho, pretende-se contratar mais de 3 mil servidores para a **gestão** da política de atenção à saúde dos povos indígenas, para as ações de saneamento básico e ambiental e para as atividades de apoio. Para a **execução** das ações de atenção básica à saúde indígena está prevista a contratação de 6 mil trabalhadores para compor as equipes multidisciplinares de saúde indígena, bem como a realização de processo seletivo simplificado, à semelhança do adotado pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS para a contratação de 5.500 Agentes Indígenas de Saúde e 2.500 Agentes Indígenas de Saneamento.

Por seu turno, o incentivo da atenção especializada incide sobre os procedimentos pagos através do SIH/SUS no limite de até 30% da produção total das autorizações de internações hospitalares (AIHs) aprovadas. As unidades de assistência à saúde credenciadas para receber a remuneração adicional são definidas pela Funasa, considerando como critérios a relação da oferta dos serviços e a população indígena potencialmente beneficiária.

A norma mais recente - Portaria nº 2.656, de 2008, que revoga a Portaria nº 1.163, de 1999 -, entre outros dispositivos, renomeia os incentivos instituídos pela Portaria revogada, que passam a ser denominados Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI) e Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI). Até o momento, poucos municípios recebem os recursos dos incentivos com base nos critérios estabelecidos por essa última portaria. Apesar de revogada, como mencionado anteriormente, a portaria mais antiga ainda dita as regras para a maioria dos repasses.

O cálculo do valor do incentivo à atenção ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico permaneceu inalterado em relação à Portaria nº 1.163. Por sua vez, o cálculo dos valores do incentivo da atenção básica sofreu transformações. Assim, o IAB-PI passa a ser formado por uma parte fixa e outra variável, definidas como se segue.

$$\text{IAB-PI} = \text{Valor fixo (parte fixa)} + (\text{valor per capita regionalizado} \times \text{população indígena})$$

- Parte Fixa
  - (a) R\$ 8.100,00 mensais para municípios com pop. Indígena  $\geq$  100 habitantes.
  - (b) R\$ 4.050,00 mensais para municípios com pop. Indígena  $<$  100 habitantes.
- Valores *per capita* anuais
  - (a) Municípios da Amazônia Legal: R\$ 300,00
  - (b) Municípios do NE, MS, GO e MG: R\$ 150,00
  - (c) Municípios do S, SE e DF: R\$ 100,00.

Foi estabelecido, adicionalmente, que o IAB-PI *per capita* não pode exceder 1 mil reais, exceto para os municípios da Amazônia Legal com população indígena acima de 50 habitantes. A Portaria prevê, ainda, no § 7º de seu artigo 4º, que municípios poderão estabelecer consórcios públicos para o remanejamento de recursos.

Convém destacar que estados onde a contratação de equipes é feita majoritariamente por convênios - e que, por isso, recebiam poucos repasses de recursos do incentivo para a atenção básica via modelo estabelecido pela Portaria n. 1.169 - passariam a receber, pelo critério *per capita*, previsto na nova portaria, uma soma bem maior de recursos. Nesses casos, seria necessário adequar os recursos recebidos às ações e serviços prestados à população indígena, de forma a tornar a alocação de recursos entre estados mais equânime.

Uma das grandes novidades em relação à portaria anterior diz respeito ao estabelecimento de condições para o repasse do IAB-PI e do IAE-PI. Nesse sentido, estão previstos o cadastramento e atualização do CNES e a apresentação do Termo de Pactuação da Atenção Básica e da Atenção Especializada, partes integrante do Termo de Compromisso de Gestão que formaliza o Pacto pela Saúde.

Termo de Pactuação da Atenção Básica: Composição da equipe com a quantidade e a formação dos profissionais; carga horária; plano de trabalho, indicadores e metas a serem alcançados, de acordo com o Plano Distrital e indicadores da Atenção Básica do Pacto pela Saúde.

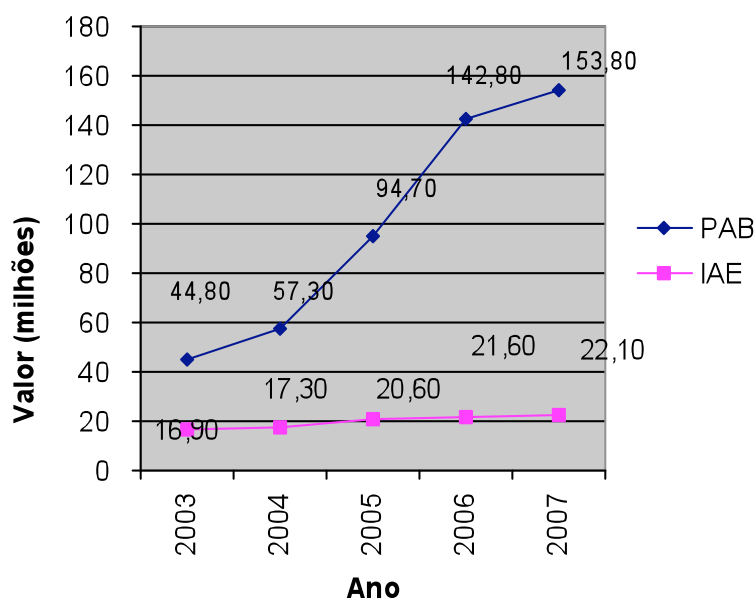
Termo de Pactuação da Atenção Especializada: relação da oferta dos serviços; população indígena potencialmente beneficiária; metas quali-quantitativas e seus

respectivos valores; definição do fluxo de referência e contra-referência e estratégias de acolhimento.

A suspensão do repasse dos incentivos está prevista no caso de interrupção, por dois meses consecutivos ou três meses alternados, da alimentação dos Sistemas de Informação em Saúde e caso sejam detectadas malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

Conforme mencionado anteriormente, a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde é responsável pelo repasse dos recursos dos incentivos à saúde dos povos indígenas. No período analisado, conforme mostra o Gráfico 2.4.2.1, a participação dos recursos do incentivo para a atenção básica tem crescido em relação aos recursos direcionados à atenção especializada. Assim, em 2003, o PAB indígena representava 72% do total de recursos repassados pela SAS, aumentando sua participação, ano a ano, de forma a perfazer, em 2007, 87,4% desse total.

GRÁFICO 2.4.2.1 - Repasses do PAB e IAE-PI – 2003/2007



De acordo com a SAS, o financiamento previsto pela Portaria nº 2.656 representa, em média, cerca de um terço do orçamento da saúde indígena e possibilitará a contratação de 50% de sua força de trabalho.



Cabe salientar que essa Portaria estabelece uma nova alocação de recursos entre os DSEIs, em que alguns perdem e outros ganham. A implementação dos ditames da Portaria nº 2656, conforme estimativas da Funasa, ampliaria os recursos repassados a 14 Distritos e diminuiria os montantes recebidos por 20 DSEIs. Esse novo equilíbrio, bem como a dificuldade em se pactuar metas e indicadores, tem postergado a entrada em vigor desta norma.

Outras questões têm sido objeto de debate acerca da Portaria, entre elas: a inclusão de municípios que não teriam condições técnicas e políticas para desenvolver ações em saúde indígena; a redução do IAB-PI de municípios atuantes; a ausência de critérios para o IAE-PI; a inexistência de previsão para atualização periódica dos critérios constantes da norma; e a proposta de alteração dos valores *per capita* para valores por distrito.

### **Convênios**

As transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse estão regidas pelo Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007, alterado pelo Decreto nº 6.428, de 14 de abril de 2008.

Em seu art. 1º, o referido Decreto determina que o convênio deve se prestar à realização de projeto, atividade, serviço, aquisição de bens ou evento de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação. A esse respeito, o Decreto nº 6.170 estabelece, *in verbis*:

“Art. 1º .....

§ 3º Excepcionalmente, os órgãos e entidades federais poderão executar programas estaduais ou municipais, e os órgãos da administração direta, programas a cargo de entidade da administração indireta, sob regime de mútua cooperação mediante convênio.”

Assim, para viabilizar ações de saúde indígena nos Distritos, a Funasa assinou, em 2008, 34 convênios com entidades que prestam serviços continuados. A totalidade de convênios para o cumprimento das missões institucionais da Funasa, no entanto, perfaz 9.875 convênios em vigência, celebrados entre 2001 e 2007, incluídos 958 convênios referentes a ações de saneamento básico e ambiental em municípios com até 50 mil habitantes no âmbito do Programa de Aceleração do Crescimento

(PAC). Como a Funasa assumiu esse compromisso até 2010, a perspectiva é que o número de convênios celebrados atinja 14 mil, representando, grande esforço de acompanhamento por parte da auditoria. O controle dos convênios da saúde indígena pode, assim, ficar comprometido em meio ao volume total de convênios sob a responsabilidade da Funasa. Não obstante, a orientação, expressa em acórdãos do Tribunal de Contas da União, é de que os convênios não são os instrumentos mais adequados para a execução de programas estaduais e municipais.

A celebração de convênios na Funasa também não vinha sendo precedida de chamamento público, conforme prevê o art. 5º do Decreto, com vistas à seleção de projetos ou entidades que tornem mais eficaz o objeto do ajuste. De acordo com esse artigo, “o chamamento público deverá estabelecer critérios objetivos, visando à aferição da qualificação técnica e capacidade operacional do conveniente para a gestão do convênio”.

Frente à escassez de entidades qualificadas para a prestação da atenção à saúde indígena, os critérios para a celebração de convênios não foram, muitas vezes, implementados, o que tem, em alguns casos, prejudicado a execução de programas, projetos e atividades.

Observa-se, ainda, que os convênios têm se prestado para o pagamento de pessoal, conforme mencionado anteriormente. Essa situação ocorre tanto com recursos da SAS/MS repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais e destes, mediante convênios, para ONGs e outras entidades, quanto com recursos do orçamento da Funasa, remanejados de outras rubricas constantes dos Planos Distritais de Saúde Indígena, de acordo com pactuação nos Conselhos Distritais.

Dados desagregados por itens de despesas estão disponíveis apenas para os 52 convênios celebrados em 2004 e mostram que 55,8% do total de recursos repassados para as entidades conveniadas foram despendidos sob a rubrica “recursos humanos” - contratação de equipes multidisciplinares e de gestão, pagamento de encargos patronais e capacitação de recursos humanos. O segundo maior item de despesa diz respeito ao deslocamento de equipes de saúde e remoção de pacientes (15,6%), seguidos dos gastos nas CASAs (13,7%). Observa-se, portanto, que contratação e capacitação de recursos humanos foram responsáveis, em 2004, por quase três quintos das despesas realizadas por meio de convênios. De acordo com estimativas da Funasa,

nos anos subseqüentes a distribuição de recursos de convênios entre itens de despesa deve ter se mantido bastante próxima à do ano pesquisado.

A fim de corrigir essas práticas, foi editada a Portaria nº 293, de 7 de abril de 2008 que, entre outros dispositivos, estabelece critérios para a celebração de convênios, dispõe sobre o chamamento público e prevê contrapartidas aos recursos conveniais.

Ainda sobre esse tema, foi editada em 14 de fevereiro de 2008, a Portaria nº 126, que regulamenta o acompanhamento da execução física e financeira de convênios de saúde indígena pelas COREs e pelos DSEIs, com participação do Controle Social Indígena. Para tanto, a norma prevê a elaboração de Termo de Referência, instrumento integrante da proposta de celebração de convênios, que deve conter justificativas, objetivos, metas pactuadas e executadas, metodologia de trabalho, período de execução, proposta orçamentária e histórico da proponente. O Termo de Referência deve, então, ser aprovado pela CORE em consonância com o DSEI e apreciação pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena. A execução físico-financeira do convênio deve ser acompanhada por um Grupo de Trabalho, instituído pelo Coordenador Regional.

A utilização dos convênios como instrumento para a execução de ações e serviços está relacionada à lógica de separação entre financiamento e provimento. Dessa forma, o comprador (Ministério da Saúde) poderia se dedicar às tarefas de planificação, controle e de avaliação do cumprimento de contratos. Não obstante, essas competências não foram assumidas satisfatoriamente pelas diferentes esferas do governo por motivos variados, especialmente, pela insuficiente capacidade de gestão aliada ao desenho de contratos dissociado do desempenho e à prestação de contas que recai sobre recursos repassados e não sobre o alcance de metas. Neste contexto, caberia analisar em que medida os gestores do Subsistema de Saúde Indígena (SSI) estão capacitados para administrar e implementar convênios.

Em que pesem os ajustes para a celebração de convênios, adotados recentemente pela Funasa, a intenção da Fundação é que os convênios para a saúde indígena sejam extintos até 2012 e substituídos pela execução direta. Isso significará o remanejamento de mais de 50% dos recursos da Funasa destinados ao financiamento das ações de saúde indígena no nível local, o que exigirá o desenho de novos mecanismos para a alocação desses recursos.

## **Execução Direta**

Como mencionado, a Funasa despendeu, em 2007, com a execução direta de ações e serviços apenas 26% do total do orçamento para saúde indígena. Neste total estão incluídos os recursos repassados para as coordenações regionais e os recursos utilizados para a compra centralizada de insumos – medicamentos, material médico-hospitalar e combustível – e viaturas. Em geral, a Funasa executa diretamente ações e serviços nos casos em que as COREs dispõem de capacidade administrativa e técnica ou por falta de ONGs, OCIPs e outras entidades qualificadas para realizá-los. A execução indireta por meio de convênios representou, neste mesmo período, quase 32% do total de recursos da saúde indígena.

Mais uma vez, o reduzido percentual de recursos alocados para gastos de execuções diretas da Funasa em comparação aos recursos despendidos na execução de convênios pode sinalizar uma alocação ineficiente de recursos.

A esse respeito, reconhece o Acórdão nº 823 do Tribunal de Contas da União que compete à Funasa “a execução das ações de atenção à saúde indígena, englobando a promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, podendo, todavia, os estados, municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais atuar, em caráter complementar”. O referido Acórdão também lista as atividades que devem permanecer sob a responsabilidade da Funasa: realização de obras e reformas na rede de serviços dos DSEI; aquisição de bens permanentes; compra de medicamentos, combustíveis e demais insumos em que as aquisições em escala nacional pela Funasa sejam mais vantajosas para os cofres públicos, excetuando-se, os casos de emergência; transporte de pacientes e das equipes multidisciplinares, incluindo o transporte aéreo em áreas de difícil acesso; o gerenciamento dos DSEIs, bem como das CASAI.

Do total de R\$ 89,0 milhões executados diretamente pela Funasa nos seis primeiros meses de 2008, 57,7% foram executados pelas COREs e 42,3% foram gastos em compras centralizadas de medicamentos, combustível, equipamentos médico-hospitalares e viaturas. Segundo informações colhidas junto a técnicos da Funasa, há estudo ,elaborado pela Fundação, que mostra que o cartão combustível trouxe significativas economias de recursos.

### 2.4.3 Desafios

Dados comparativos, apresentados na análise situacional do modelo de financiamento, mostram que, em termos relativos, a saúde indígena ganhou espaço no âmbito do orçamento da saúde. Assim, Questionamentos sobre a insuficiência ou não de recursos públicos para a saúde indígena devem estar inseridos em um contexto mais amplo de revisão do financiamento do SUS, o qual não faz parte do escopo do estudo.

Por esse motivo, o debate acerca da revisão de tal modelo, no bojo desta pesquisa, estará restrito à revisão de aspectos relacionados à eficiência da alocação e da utilização dos recursos. A esse respeito, cabe destacar a insatisfação manifestada por chefes de DSEIs quanto à morosidade no repasse dos recursos, o que tem provocado problemas de continuidade das ações e serviços de atenção básica. Essa situação foi citada, em questionário elaborado por esta Consultoria e enviado aos DSEIs, como um fator crucial de ineficiência no Subsistema. Essa posição também foi manifestada em Seminário realizado com chefes de DSEIs, FUNASA/MS e SAS/MS - entre 4 e 8 de agosto em Brasília: “Não falta dinheiro, falta dinheiro nas mãos dos DSEIs”.

Partindo-se desta hipótese, a discussão do financiamento da saúde indígena não pode perder de vista o grande desafio de incorporar ao modelo as particularidades sociais, étnicas e culturais dos povos indígenas e a grande diversidade regional do Brasil sem, contudo, inviabilizar um desenho de mecanismos que possa ser implementado para a alocação da totalidade de recursos da saúde indígena.

A construção de um modelo de financiamento que seja eficiente e equânime em atender as necessidades de recursos para a melhoria da saúde da população indígena, dadas as restrições orçamentárias, deve estar respaldado na definição de um modelo de gestão e este, por sua vez, em um modelo de atenção aos povos indígenas que incorpore o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ao SUS.

Nesse contexto, está em pauta a transformação dos DSEIs em distritos autônomos com competências para ordenar despesas, realizar licitações, adquirir bens e insumos, realizar contratos. Assim, os Distritos seriam responsáveis pela execução orçamentária e financeira dos recursos da saúde indígena. Com esse intuito, foi elaborada uma minuta de decreto, aprovada pelo Ministro da Saúde, que se encontra em apreciação pelo Ministério do Planejamento e Orçamento. De acordo com essa

proposta, a Funasa, que atualmente possui 26 unidades descentralizadas (as COREs) passaria a ser composta, até junho de 2009, por 60 unidades gestoras (as 26 COREs e os 34 DSEIs).

Essa nova organização das funções administrativa, de gestão e, possivelmente, de atenção à saúde dentro de terras indígenas provocará, indubitavelmente, a necessidade de revisão dos fluxos de financiamento, bem como dos mecanismos de alocação de recursos, sendo, atualmente, um dos maiores desafios da saúde indígena no Brasil.

A transferência de atribuições e responsabilidades deve vir acompanhada, para que alcance êxito, do respectivo repasse de recursos para sua implantação. Seguindo essa lógica, a criação do Fundo Distrital de Saúde Indígena seria o instrumento para o verdadeiro alcance da autonomia distrital. Além de tornar possível a gestão financeira dos recursos da saúde indígena pelo órgão responsável pela execução das ações e serviços, o Fundo Distrital permitirá maior controle sobre esses recursos. Há registros de que, dos recursos transferidos a alguns fundos municipais de saúde para a contratação de equipes multidisciplinares, uma parcela não é destinada a esse fim, sendo remanejada para outras ações de saúde dos municípios.

A criação de Fundo Distrital para a Saúde Indígena, no entanto, pode exigir mudanças legais, inclusive na Lei Orgânica da Saúde. Tal proposta representa um fato novo no pacto federativo, sendo, portanto, polêmica e de implementação complexa. No médio prazo, a criação de Fundos Distritais poderia ser incorporada no bojo dos debates da Consolidação das Leis da Saúde, que hoje se encontra no Congresso Nacional.

Um dos principais impactos financeiros resultantes da redefinição das funções dos DSEIs, certamente, virá da necessidade de recomposição de seus quadros de funcionários. A esse respeito, há previsão de concursos não apenas para formar equipes de gestão nos DSEIs como também para substituir pessoal terceirizado na execução das ações de saúde, ao longo de quatro anos, o que exigirá o redesenho dos mecanismos de financiamento hoje existentes. Vale destacar que o pagamento de pessoal é o principal item de despesa da saúde indígena. No caso dos convênios, esse item representa quase 60% do total de gastos.

Com a contratação desses trabalhadores, os recursos do incentivo da atenção básica, repassados para a contratação de equipes multidisciplinares, perderiam a razão

de ser. Dessa forma, esse mecanismo de financiamento deverá passar, em breve, por uma profunda reformulação.

Portanto, este é um momento singular para se repensar os critérios de alocação de recursos entre os DSEIs - tendo em vista as grandes disparidades regionais -, os quais, em sua maioria, são baseados em valores históricos ou em negociações caso a caso. Vale ressaltar que a edição da Portaria nº 2.656 constitui uma tentativa de se reverter essa lógica e possui o mérito de estabelecer o repasse per capita de recursos.

Não obstante, o desenho do mecanismo para transferência de recursos do IAB-PI para a contratação de equipes multidisciplinares merece ser examinado com maior rigor. Variáveis relevantes para a definição de custos e que levem em conta as necessidades de saúde do índio não foram incorporadas ao modelo constante da Portaria. Adicionalmente, a definição de um valor fixo para a contratação de equipes também deve ser objeto de reflexão, visto que não há custos fixos que justifiquem a determinação desses valores.

Em relação ao IAE-PI também resta claro a ausência de critérios para a transferência dos valores. Neste caso, a Portaria nº 2.656 não trouxe avanços em relação à norma anterior, não tratando da definição desses critérios. Ademais, é preciso analisar em que medida os recursos transferidos aos estabelecimentos de saúde referenciados de fato se revertem em melhorias na atenção de média e alta complexidades aos povos indígenas. Em outras palavras, há que se examinar a efetividade do gasto e seu impacto sobre a resolutividade do Subsistema.

Nesse ponto, convém frisar que os incentivos representam cerca de 40% do orçamento da saúde indígena. Dessa forma, a maior parte do orçamento da saúde indígena não é afetada pelos dispositivos da Portaria nº 2.656, que mantém a fragmentação do financiamento da saúde indígena entre a SAS/MS e a Funasa.

Há, portanto, que se refletir também sobre os recursos da Funasa executados diretamente ou por meio de convênios. Em geral, consideram-se adequados os gastos historicamente consolidados. Nesse sentido, essas despesas não são questionadas em sua origem, o que deveria ser realizado tomando-se como referência os custos das ações e serviços desenvolvidos. Assim, conhecer os custos dos DSEIs, CASAls e Pólos de Saúde é uma condição indispensável para orientar a gestão financeira e a alocação de recursos entre essas unidades. A implementação de um sistema de apropriação de

custos exige, entretanto, um horizonte de tempo bem maior do que essa consultoria dispõe.

Vale observar que a apropriação de custos supramencionada diz respeito aos dispêndios com ações de atenção básica à saúde indígena. A apropriação de custos de atendimentos de média e alta complexidades para a população indígena, de forma a respaldar os repasses do IAE-PI, é uma tarefa de elevada complexidade, cuja realização torna-se inviável no âmbito desta pesquisa. Apenas alguns grandes hospitais públicos e conveniados possuem, atualmente, um sistema de apropriação de custos, incorporados às suas rotinas administrativas. A realidade, para a maioria dos estabelecimentos de saúde no SUS, não contempla o uso dessa ferramenta. Adicionalmente, sabe-se que a tabela de remuneração de procedimentos pelo SUS não considera custos e baseia-se, em grande parte, em valores historicamente pagos.

A iminência de extinção dos convênios até 2012 e sua substituição pela execução direta de ações e serviços pela Funasa também provocará a necessidade de revisão dos fluxos de financiamento, assim como de definição de critérios mais eficientes e transparentes para a alocação e a utilização desses recursos.

Recentemente, tem-se observado a tendência à recentralização da execução de parte desses recursos na Funasa/MS sob a justificativa das economias de escala propiciadas pelas compras de medicamentos e outros insumos diretamente pelo nível federal. Nestes casos, sempre que economias de escala, reduções dos custos administrativos relativos ao processo de compra e diminuição dos requerimentos de pessoal administrativo e técnico para a realização dessa tarefa superarem os custos de possíveis inadequações entre necessidades e demandas, vocalizadas no nível local, e ações implementadas, compras centralizadas em Brasília de alguns itens podem constituir a melhor alternativa para a aquisição de bens e insumos.

No caso da Política Nacional de DST e Aids, também se adota a aquisição centralizada pelo MS de alguns itens de abrangência nacional (como as campanhas de mídia) e de certos insumos, como os medicamentos antiretrovirais. De acordo com o Programa Nacional de DST/Aids, a centralização da compra de medicamentos traz significativas economias de negociação e de escala.

O questionário elaborado por esta Consultoria, citado anteriormente, registrou comentários de chefes de DSEIs supostamente contrários às compras centralizadas:



“meios de transporte insuficientes”, “suprimento irregular de insumos”, “morosidade dos processos administrativos” e malversação de recursos públicos nos processo de compra. Nestes casos, as críticas parecem se relacionar à ineficiência dos processos licitatórios das COREs e não às compras centralizadas realizadas pela Funasa/MS. Além disso, a insatisfação dos chefes parece estar mais associada à distribuição de insumos pelas COREs do que à compra centralizada no nível federal. Nada impede que compras centralizadas, se provada a sua eficiência, venham acompanhadas da distribuição descentralizada dos insumos. Verifica-se, dessa forma, a complexidade dessas questões e a necessidade de aprofundá-las nas próximas etapas do estudo, especialmente, nas pesquisas de campo.

Destarte, observa-se que a multiplicidade de fontes e de mecanismos para alocação de recursos tem produzido ineficiências e dificuldades para se atribuir responsabilidades tanto para o gestor dos recursos como para o contratado. Deve-se buscar, por conseguinte, a simplificação dos mecanismos de repasse, que passariam a reger a totalidade de recursos para a saúde indígena.

Conclui-se, dessa forma, que outro grande desafio para o financiamento da saúde indígena diz respeito ao estabelecimento do “comando único” não somente da gestão – por meio da autonomia distrital – como também do financiamento. Para tanto, é preciso repensar tal financiamento de forma unificada, de forma a se alcançar maior eficiência do gasto, bem como do monitoramento e controle destes recursos.

Nesse contexto, os consórcios públicos, previstos pela Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, foram mencionados na Portaria nº 2.656 como possível arranjo para o “remanejamento de recursos para execução de ações e serviços de atenção à saúde indígena, em especial nos casos em que as aldeias ou terras indígenas estejam situadas em mais de um Município, com a participação da FUNASA e do Controle Social Indígena”.

A Lei prevê que a União, Estados e Municípios podem constituir consórcio para a realização de objetivos de interesse comum. O financiamento dos consórcios é garantido por meio de quotas de recursos, estabelecidas em “contrato de rateio” entre os entes que o constituírem. A Lei reconhece também a plena capacidade dos consórcios públicos para realizar contratos e convênios, a possibilidade de emitir documentos de cobrança.

Dessa forma, os consórcios podem desempenhar papel relevante para a racionalização da distribuição espacial de infra-estrutura e de equipamentos públicos e para a organização do acesso da população aos serviços prestados, bem como escala produtiva e financeira adequadas para a sua prestação. Sendo assim, propõe-se analisar a viabilidade e a oportunidade em se implantar consórcios públicos para a execução de ações e serviços de saúde indígena. Caso prospere, essa proposta deverá ser desenvolvida conjuntamente com a equipe do Modelo de Gestão.

Por fim, destaca-se o desafio de mudança na lógica de monitoramento do repasse de recursos para a saúde indígena por meio do controle dos gastos financeiros para uma avaliação de metas e resultados. É reconhecido por técnicos da Funasa que a auditoria financeira tem sido deficiente, culminando em escândulos de malversação de recursos da saúde indígena. Em que pese os Termos de Pactuação, estabelecidos pela Portaria nº 2.656, representarem um avanço e exigirem a definição de indicadores e de metas a serem alcançados, não foi estabelecida uma vinculação entre o seu cumprimento e a transferência de recursos.

#### **2.4.4 Principais Aspectos do Financiamento**

- Aumento da participação dos recursos da saúde indígena no orçamento do Ministério da Saúde entre 2003 e 2007.
- Desaceleração do crescimento dos recursos para a saúde indígena em anos recentes.
- Aumento, ao longo dos anos pesquisados, da participação do incentivo à atenção básica no total dos recursos de incentivos transferidos pela SAS aos municípios.
- Fragmentação dos recursos entre as fontes de financiamento e prestadores de serviços, dificultando a gestão e o controle.
- Grande disparidade na alocação de recursos entre DSEIs, a qual não se justifica pelas diferenças culturais, étnicas ou dificuldades de acesso aos serviços.
- Tendência à centralização da execução dos gastos com a previsão de extinção de convênios até 2012 e aumento das compras centralizadas de insumos.

- Repasse de recursos baseados em séries históricas de transferências, desprezando-se os custos das ações e serviços, bem como as necessidades de saúde de cada Distrito.
- Perspectiva de contratação de pessoal para compor as necessidades de gestão advindas da autonomia distrital, bem como para substituir terceirizados nas funções de atenção à saúde indígena trará impactos significativos sobre o financiamento, especialmente no que tange à redefinição do IAB-PI.
- A previsão de extinção de convênios até 2012 e sua substituição pela execução direta pela Funasa de ações e serviços de saúde indígena exigirá o redesenho tanto do financiamento quanto da execução das despesas.
- Frente a esse cenário, há que se refletir sobre mecanismos para unificar o financiamento da saúde indígena e estabelecer o comando único sobre a execução dos gastos seja por meio de consórcios públicos, seja por meio da criação de um Fundo Distrital de Saúde Indígena aliada a autonomia dos DSEIs.

## **2.5 Análise de Monitoramento e Avaliação**

Rômulo Paes de Sousa, Marta Maria Azevedo e Geraldo Ribeiro

Esta seção é subdividida em duas: e primeira trata de nossas observações sobre o diagnóstico realizado sobre o sistema de monitoramento e avaliação da FUNASA e a segunda trata de um estudo sobre elementos da dinâmica demográfica da população indígena utilizando dados do SIASI.

### **2.5.1 Sistema de Monitoramento da Funasa**

O sistema de monitoramento da Funasa está fortemente apoiado no SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA (SIASI). O desenvolvimento de uma ferramenta específica que combinasse informações demográficas, epidemiológica, atenção à saúde, e informações gerenciais, tornou esta ferramenta o alvo principal das investidas da instituição na organização de seu sistema de informações. Em 2000, o SIASI iniciou a sua operação, disponibilizando os módulos: demográfico e cadastro da população indígena, que no Sistema recebe o nome de “Família”. Em 2002, foram disponibilizados os módulos de morbidade e de imunização. A versão em uso, 3.0, contem os mesmos temas apresentados em 2002.

A Funasa está em testes para o lançamento da versão 4.0. Esta contará com novos temas (COMOA/Funasa, 2008):

1. Módulo de Saúde Bucal;
2. Módulo de Vigilância Nutricional: que reproduzirá a mesma estrutura de dados desenvolvida para o SISVAN, que é o programa específico desenvolvido pelo DATASUS para população em geral;
3. Módulo de Saúde da Mulher e da Criança;
4. Módulo de Recursos Humanos: que recolherá dados sobre os recursos utilizados pela Funasa e seus parceiros institucionais;

5. Módulo de Infraestrutura: que se constituirá de dados referentes a capacidade operacional e capacidade instalada das unidades operacionais da Funasa e seus parceiros institucionais.

Estudo realizado pela COMOA, no período de agosto de 2007, inventariou os principais problemas informacionais identificados pelos gestores de 27 DSEI:

O relatório aponta graves deficiências de infra-estrutura informacional e adequação de recursos humanos nos pólos base. No ano em estudo, 216 pólos base, que representam 63% do total, não possuíam computadores para operar o SIASI. As regiões norte e nordeste eram as mais atingidas. A Tabela 2.5.1.1 apresenta um sumário dos principais achados do estudo da COMOA/Funasa.

Tabela 2.5.1.1 Principais dificuldades informacionais relatadas pelos gestores dos DSEI – Agosto/2007

<b>Insuficiência de equipamentos:</b>	
<b>Computadores</b>	50%
• Impressoras	25%
• No-breaks	14%
• Notebooks	14%
<b>Falta de capacitação dos operadores do SIASI</b>	41%
<b>Dificuldades na instalação da Internet</b>	33%
<b>Falhas no Sistema</b>	33%
<b>Dificuldades na transferência de dados</b>	30%
<b>Dificuldade na consolidação dos dados</b>	20%

Fonte: COMOA/Funasa (2008)

O tamanho e a riqueza de informações encontradas nas bases de dados do SIASI mostram o esforço contido no processo de constituição destas bases, refletindo o árduo trabalho realizado na sua estruturação e manutenção. O conhecimento armazenado no Sistema pode propiciar a realização de diversos estudos de grande importância e subsidiar a tomada de decisões, bem como a elaboração de políticas para a saúde indígena e o seu respectivo monitoramento. As observações e recomendações abaixo devem ser encaradas como uma contribuição para a melhoria na qualidade dos dados e das informações, para que o Sistema seja aproveitado de forma mais efetiva pela FUNASA.

## 2.5.2 Funcionalidade do SIASI (3.0)

### **Métodos**

Foram analisadas as tabelas oriundas da base de dados do SIASI, obtidas por meio do acesso direto ao site do sistema SIASIWEB <<http://sis.funasa.gov.br/siasi/>>, além de um conjunto de dados enviados diretamente pela equipe do SIASI<sup>27</sup>, contendo informações demográficas e epidemiológicas sobre grupos familiares de diversas unidades federativas brasileiras.

Para a análise descritiva do sistema foram feitas inspeções preliminares das tabelas, visando à avaliação da sua estrutura e detecção de possíveis falhas de armazenamento de dados. Em seguida, produziram-se: distribuição de freqüências, cálculos de índices demográficos e epidemiológicos, e alguns cruzamentos entre variáveis para se verificar a consistência interna das taxas geradas pelo sistema.

Utilizaram-se dados secundários provenientes de outras fontes para se comparar os valores obtidos na base do SIASI com os valores obtidos para a população brasileira em geral. Tomaram-se como referência as informações obtidas nos sites do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) <<http://www.datasus.gov.br>> e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) <<http://www.ibge.gov.br>>.

Buscou-se neste estudo a aferição da qualidade das informações com base nos seguintes atributos:

- **Acessibilidade:** a informação deverá estar disponível no menor tempo possível para que os usuários específicos cumpram os seus objetivos;
- **Atualidade:** a informação não deve ser obsoleta;
- **Confiabilidade:** refere-se à garantia da credibilidade no conteúdo e na fonte da informação;
- **Precisão:** a informação deve ser exata em relação ao fato que representa;
- **Validade:** o registro e fonte da informação têm que ser íntegros em relação ao fato registrado.

---

<sup>27</sup> As tabelas analisadas estavam no formato Microsoft Excel (extensão XLS) e foram manipuladas por meio da planilha de cálculos Microsoft Excel versão 2007, além do pacote estatístico SPSS, versão 15.

Foram analisadas as tabelas de relatórios gerados pelo SIASIWEB, resultantes de cruzamentos entre as diversas variáveis epidemiológicas e demográficas que compõem a base do SIASI. Elas foram obtidas pelo menu “Consolidado” do SIASIWEB e nos sub-menus “Quantitativos gerais”, “Quantitativo de pessoas”, “Quantitativos de nascimentos” e “Quantitativo de óbitos”.

Foram gerados os seguintes relatórios para se verificar a consistência interna dos indicadores ou das variáveis<sup>28</sup>:

1. Taxa de mortalidade infantil (2003 a 2007)
2. Taxa de mortalidade neonatal (2003 a 2007)
3. Taxa de mortalidade neonatal precoce (2003 a 2007)
4. Taxa de mortalidade neonatal tardia (2003 a 2007)

Nesta seção, observaremos apenas a avaliação do sistema e da base de dados, os indicadores estatísticos ou epidemiológicos são utilizados somente na avaliação da qualidade das informações do SIASI.

De forma geral, todas as taxas e índices gerados sugerem deficiências quanto à confiabilidade. O relatório anexo aborda detalhadamente a análise do SIASI. Nele, estão presentes todas as tabelas produzidas para esta observação. Nas seções seguintes, apresentamos apenas as tabelas relevantes para ilustrar os problemas identificados na avaliação do Sistema.

## **Resultados**

O estudo dos dados cadastrais referentes aos indivíduos, grupos de indivíduos e territórios, indicou vários problemas relacionados à **ausência de rotina fonética no preenchimento dos campos nos instrumentos de coleta de dados do SIASI**. Em uma escala menor, foram ainda observados a **inconsistência entre a divisão política do país e à organização territorial dos DESAI e o formato de armazenamento das variáveis**. Abaixo, descrevemos de maneira

---

<sup>28</sup> No anexo, são apresentadas os indicadores produzidos ou variáveis tabuladas para o período de 2003 a 2007: Taxa de fecundidade total, Proporção de menores de 5 anos de idade na população, Índice de envelhecimento, Mortalidade pós-neonatal, Mortalidade Proporcional (50 anos ou mais), Mortalidade Proporcional - Doença diarreica aguda em menores de 5 anos, Mortalidade por idade proporcional, Nascimentos, Óbitos, Pessoas, Proporção de idosos, Taxa bruta de natalidade, Taxa de mortalidade por AIDS, Taxa de mortalidade por causas externas, Taxa de mortalidade por cirrose hepática, Taxa de mortalidade por diabetes melitos, Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, Taxa de mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos.

sucinta, os problemas identificados. As observações estão organizadas a partir da observação dos dados obtidos na produção de tabelas do módulo demográfico.

### *Identificação (Cadastro)*

#### **1. Tabela ETNIA (368 registros)**

- A tabela apresenta como nomes distintos o que sugere ser apenas uma variação gráfica. São exemplos: ARICAPÚ e ARIKAPU; ARIKEM e ARIKEN; ARUA e ARUÁ; ISSE e ISSÉ; KAXIXO e KAXIXÓ; KAYAPO e KAYAPÓ; TATU e TATÚ, ZURUAHÁ e ZURUAHÃ. Esta diferença na grafia das etnias interfere na produção de indicadores desses grupos populacionais.

#### **2. Tabela ALDEIA (4.652 registros)**

- Esta tabela, além das variações gráficas, apresenta problemas específicos decorrentes da ausência de uma rotina fonética. Não há padronização para a condição “ALDEIA”. Entre os 4.652 registros encontrados, há 91 nomes iniciados com a palavra “aldeia”. Isto interfere, tanto na ordenação alfabética das aldeias, como na diluição dos numeradores e denominadores de uma aldeia. Um exemplo do primeiro problema é: em uma ordenação a “ALDEIA REDENÇÃO” é listada antes da aldeia “ANOIRÁ”. No segundo caso: “ALDEIA REDENÇÃO” e “REDENÇÃO” dividiriam os dados referentes a uma mesma aldeia.
- Na língua portuguesa, a ausência de uma padronização da acentuação é um problema constante na grafia de nomes. Este problema é também encontrado nesta tabela. Por exemplo, a palavra água encontrada com e sem acento para as aldeias “ÁGUA AZUL” e “AGUA BRANCA”. Este problema é agravado quando a mesma aldeia é denominada de duas formas distintas, como é o caso dos nomes “AGUA BRANCA” e “ÁGUA BRANCA”.
- Com relação à diversidade de ortografias nos etnônimos dos povos indígenas no Brasil, a questão é bem complexa. Sabemos todos aqueles que trabalham com populações indígenas que etnônimos de povos ágrafos ainda não são unificados em sua escrita, nem mesmo nas palavras. Muitos estudiosos denominam os povos Xavante de Ak’uen, por exemplo, e os Tukano de Yepá Mahsã, e assim por diante. Recomendamos o desenvolvimento de uma rotina de registro de etnônimos no SIASI. Usar-se-ia o etnônimo mais comumente



utilizado como referência, colocando as outras formas de escrita e os outros etnônimos do mesmo grupo vinculadas ao etnônimo principal. Dessa forma, o Sistema reconhecerá um povo registrado com denominações variadas. Portanto, se o AIS ou outro profissional de saúde digitar o etnônimo de diferentes maneiras o programa vai reconhecer o povo em tela, classificando-o corretamente. Para isso a aproximação com os outros cadastros federais (do INEP – Censo Escolar; da FUNAI) é muito importante. Esta rotina poderia informar ainda os outros sistemas que registram os povos indígenas: sistemas do IBGE e do MDS.

- Há ainda nesta tabela a utilização de caracteres que dificultam sua manipulação em softwares estatísticos. Como exemplos têm-se: a utilização do asterisco, como em “ARATHA-U\*” e “BALAWAU\*”; do sinal de soma, como em “PORAP++ I”, “T+H+NAPIITHERI”; de uma barra, como em “WANAK+K+ / RASIMIU”. Estes sinais fazem com que a manipulação das variáveis pelas planilhas eletrônicas e pacotes estatísticos seja prejudicada, já que os sinais citados fazem parte da sintaxe das expressões matemáticas e estatísticas, podendo ser interpretados como trechos de expressões em vez de rótulos de variáveis.

### **3. Tabela PÓLO-BASE (354 registros)**

- Nesta tabela, a ausência de rotina fonética produz grande variação no preenchimento de um mesmo nome. Um exemplo é o campo “CHEFE DO PÓLO-BASE”, onde a chefe do DSEI Yanomami é grafada como “Fátima M Nascimento”, “FÁTIMA M. NASCIMENTO”, “FÁTIMA M NASCIMENTO”, “Fátima Maria Nascimento” e “Fátima Maria do Nascimento”. Isto se repete nos campos “ENDEREÇO” e “BAIRRO”. Variações quanto ao uso de letras maiúsculas, abreviações de nomes, supressão de nomes ou sobrenomes, uso de acentos, interferem nas rotinas de contagem e agregação de indivíduos para produção de estatísticas.

### **4. Tabela DSEI (906 registros)**

- Dentre os 34 DSEI registrados nesta tabela, há 18 sem o registro da unidade federativa, da sede ou do município sede. Como exemplo temos: ALAGOAS E SERGIPE e ALTO RIO PURUS, provavelmente decorrente da **inconsistência**

**entre a organização política do país e da organização territorial dos DSEI.** Verifica-se também a ausência de endereços em 12 dos DSEI registrados (exemplos: “ALTO RIO PURUS” e “AMAPÁ E NORTE DO PARÁ”). Os dados faltantes podem alterar avaliações quantitativas regionalizadas e prejudicar a comparação das taxas encontradas na base do SIASI com outras bases demográficas e epidemiológicas.

As 28 tabelas com características demográficas do grupo familiar observadas no SIASI contêm as seguintes informações sobre o grupo familiar: números da residência e da família, nome da pessoa, sexo, idade, data de nascimento, nome do pai, nome da mãe e data de óbito. Nelas, foi observado um problema específico referente, simultaneamente, a rotina fonética e ao formato de armazenamento dos dados: a variável idade está no formato texto (caracteres, *string*), o que dificulta a sua manipulação estatística. O ideal seria a sua substituição por três variáveis que representem o ano, o mês e o dia da idade de cada pessoa.

Quanto aos registros no cadastro de idade e da data de nascimento aproximada, reiteramos a recomendação feita quanto à interoperabilidade com outros pacotes estatísticos. Por isso, é recomendável que o campo ‘idade’ passe a ser calculado com base numa data aproximada de nascimento, que pudesse estar sendo corrigida (já que sabemos todos que a idade é algo de difícil aproximação entre os povos indígenas), de maneira a poder ser extraída e utilizada como variável em diferentes pacotes estatísticos.

### *Relatórios*

Há várias taxas não factíveis encontradas em todas as tabelas geradas pelo SIASIWEB. Por exemplo:

- I. Taxa bruta de natalidade igual a 1.000 por 1.000, durante o ano de 2007, no DSEI Altamira. Neste mesmo DSEI, encontram-se ainda as taxas de 500, 642 e 800 por 1.000. Em outros DSEI encontram-se valores acima de 500 por 1.000, como o de Alto Rio Purus, Guamá-Tocantins, Médio Rio Purus, Porto Velho, Sul-Sudeste e Vilhena. Há ainda valores superiores a 200 ou 300 por mil em outros DSEI. Estes valores estão muito acima do encontrado para o Brasil e suas unidades federativas para o mesmo ano. Este indicador também apresenta variações importantes, nos anos 2003 a 2006.

2. Taxa de Mortalidade Pós-neonatal superiores a 100%, como é o caso da no período de 2003 a 2007, onde 3 DSEI (Xavante, Alto Rio Purus e Yanomami) apresentam o valor 200 (duzentos) para esta taxa.

Dentre as hipóteses que explicam a variação encontrada, temos: digitação errada dos numeradores ou denominadores, e erros de programação do sistema.

Diversas taxas têm a sua interpretação prejudicada por falta de apresentação dos componentes e dos métodos de cálculo dos indicadores utilizados. Os relatórios de taxas de mortalidade por diabetes mélicos ilustram isto, ao apresentarem, para o ano de 2007, 6 registros, relativos a 4 DSEI e que apresentam valores como “0,06”, “0,29”, “1,39” e “9,09”, números que, isoladamente, não permitem inferências, comparações e conclusões.

Um aspecto que não indica obrigatoriamente a existência de erros - mas que teoricamente se esperaria uma menor variabilidade nas taxas em aglomerados populacionais espacialmente próximos - é a variação encontrada nas taxas registradas para aldeias que estão dentro de um mesmo município. Por exemplo, enquanto as 5 aldeias do município de Aquidauana (MS) apresentaram uma variação de 2,5 a 5,26 por mil na Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal, a mesma taxa apresenta uma variação de 5,8 a 50 por mil entre as 12 aldeias do município de Atalaia do Norte (AM), ou de 3,33 a 25 por mil nas 4 aldeias do município de Baía da Traição (PB).

### ***Efeitos da Qualidade da Base de Dados sobre a Avaliação Epidemiológica***

Enquanto a secção acima visou demonstrar os efeitos da qualidade da base de dados do SIASI sobre a manipulação das bases de dados, esta seção pretende analisar os impactos negativos dos problemas das bases de dados sobre a análise estatística.

Foram escolhidos três indicadores para os quais foi calculada a média e o desvio padrão de cada uma das unidades federativas (UF) encontradas nas bases obtidas pelo SIASIWEB. Para cada UF foi mostrado o parâmetro correspondente para a população geral, obtidas pelo DATASUS ou estimadas pelo Ministério da Saúde. Quando a taxa do SIASI para determinada UF foi maior que a taxa para a população geral desta UF, esta última foi assinalada em vermelho. A cor verde quando assinalada na coluna referente aos indicadores população em geral evidencia que a taxa do SIASI encontrada é menor que aquela obtida para a população geral.

Tabela 2.5.2.1 Taxa de Mortalidade Infantil [Número de óbitos infantis de menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos]

<b>UF</b>	<b>Média</b>	<b>N</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Pop. Geral (2004)</b>
SC	100,0	1	.	13,6
MA	64,0	23	35,4	35,2*
AP	59,5	7	28,6	23,4*
MG	53,9	4	37,5	19,5*
RR	50,8	10	30,5	19,0*
RJ	50,0	1	.	17,2
RS	44,7	3	48,6	15,2
AM	40,5	19	30,4	26,5*
PR	39,8	4	41,3	15,5
RO	37,4	7	32,5	22,2
MT	36,4	32	27,9	20,4*
PE	35,4	8	20,6	37,6*
TO	32,9	15	31,2	27,3*
AC	27,8	27	24,0	31,2*
PA	23,2	29	24,4	25,6*
BA	22,6	9	12,9	30,3*
MS	11,6	25	18,8	21,3
CE	3,9	1	.	29,5
Total	35,3	225	31,0	22,6

Fonte: SIASI (2007) e DATASUS (2004)

\* = Estimativas do Ministério da Saúde

A Tabela 2.5.2.1 indica grande dispersão interna dos dados do SIASI, evidenciados pelos grandes desvios-padrão em comparação com as médias, mesmo para as UF com tamanho de amostra superior a 10, traduzindo-se em uma grande variabilidade das taxas, mesmo dentro de uma mesma UF. Pode-se verificar ainda a grande amplitude entre as médias das UF na base do SIASI, sendo o menor valor encontrado igual a 3,9 óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos, medido no Ceará, e o maior sendo igual a 100 óbitos por mil, encontrados no estado de Santa Catarina. Nota-se que estes valores extremos são opostos aos apresentados para a população geral das UF em questão. A taxa referente a população do estado de Santa Catarina é a menor encontrada (13,6 por mil) no país, enquanto que a taxa de mortalidade infantil do Ceará é a quinta maior (29,5 por mil) em todo o país. Esta inversão está presente quando se compara as taxas para a população em geral dos estados da Região Sul

produzidas com os dados MS versus as produzidas para as populações indígenas com os dados do SIASI.

Tabela 2.5.2.2 Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia [Número de óbitos na idade de 7 a 27 dias por 1.000 nascidos vivos]

<b>UF</b>	<b>Média</b>	<b>N</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Pop. Geral (2004)</b>
MA	83,3	3	28,9	4,6
MT	66,1	4	41,8	3,3
AC	36,9	4	42,6	3,3
AP	33,3	1	.	4,2
PE	33,3	1	.	4,2
PR	33,3	1	.	2,5
BA	29,2	2	5,9	3,5
RR	25,0	2	11,8	3,3
TO	7,6	3	1,8	3,5
PA	6,6	4	4,5	3,7
AM	6,3	1	.	3,5
MS	3,9	8	4,9	3,2
Total	28,1	34	33,2	3,5

Fonte: SIASI (2007) e DATASUS (2004)

Na Tabela 2.5.2.2, além da grande heterogeneidade encontrada dentro de uma mesma UF e da grande amplitude das taxas entre as UF, já relatadas nas duas tabelas anteriores, nota-se uma diferença de proporções muito grande entre o que foi medido para a população indígena e o que foi encontrado para a população geral. Tem-se, por exemplo, as UF do Maranhão e do Mato Grosso, cujas taxa de mortalidade neonatal tardia seriam 20 vezes maior que as encontradas na população geral dos mesmos estados.

## **2.5.3 Estudo Demográfico da População Indígena através dos dados do SIASI**

### **Resumo**

O presente estudo procurou analisar os dados do Cadastro do SIASI. As informações recebidas foram processadas e armazenadas em arquivos por DSEI. Procurou-se utilizar as informações para análises demográficas da população em foco, no período de 2000 a 2007. Foram realizados estudos quanto aos perfis etários da população do DSEI como um todo e dos dois povos maiores em termos numéricos: Guarani e Kaingang.

### **Introdução**

Como apontado acima, os povos indígenas da América Latina tem sido caracterizados como populações em fase de crescimento demográfico. Segundo alguns autores (Pagliaro, 2002; Adams e Price, 1994; Azevedo, 2000; Santos, V.R., 2005 entre outros) tal crescimento se daria como recuperação populacional provocada pela reação às grandes perdas que esses povos sofreram nos diferentes contatos com a população branca, mantidos ao longo dos tempos. Outra hipótese levantada aponta para a possibilidade desse crescimento ser também indicativo de uma primeira fase de transição demográfica, onde as taxas de fecundidade ainda estariam altas, porém, as taxas de mortalidade já estariam baixando. No Brasil, pela inexistência de dados confiáveis por longos períodos, ainda não temos dados para concluirmos que as taxas de mortalidade em geral estão caindo. Sabemos que a TMI está em declínio, embora ainda não tenhamos uma precisão quanto aos níveis precisos e ritmos desse declínio.

### **I. Dados recebidos**

Os dados recebidos do SIASI, em final de agosto de 2008, foram relativos ao Cadastro do SIASI. Dessa forma, não são as informações relativas aos eventos como nascimentos, morbidades, mortos ou atendimentos à saúde, mas de um cadastramento que tem sua origem nos Censos Vacinais, que a FUNASA realizou no final dos anos 90. Esses censos identificam as pessoas, relacionando-as aos domicílios e à 'família'. Cabe alertar que os termos de parentesco utilizados no Sistema não refletem com precisão organização social e de parentesco da comunidade questão. Os dados recebidos ainda contêm as informações sobre número de domicílio e número da família de cada

indivíduo. A base das informações é o indivíduo, a ele são relacionados outros atributos como: sexo, idade, data de nascimento, local de moradia (UF, DSEI, município, aldeia, pólo base) e etnia. Também são relacionados os nomes do pai e da mãe. Contudo, dado as limitações do cadastro atual não é possível recompor as famílias ou mesmo um grupo doméstico numa mesma aldeia ou domicílio.

### **1.1. Descrição dos dados**

Recebemos 36 arquivos dos DSEIs, em Excel, cujos conteúdos das células vinham registrados em TXT. Os dados foram tratados, e os resultados das análises cotejados com a literatura especializada.

A Tabela 2.5.3.1 descreve: o número de pessoas cadastradas, ou registradas nesse cadastro; o número de mortes ou de pessoas mortas registradas, e o número de pessoas vivas de cada DSEI em 31 de dezembro de 2007. Na última coluna da tabela, é apresentada, para fins de comparação, a população em 2007 extraída do próprio SIASI/WEB em agosto de 2008.

De todos os DSEIs, alguns não haviam registrado nenhum nascimento ou morte em 2008, são eles: Xavante, Araguaia, Kaiapó do Pará, Leste de Roraima, Manaus, Parintins, Potiguar e Xingu. Esses DSEIs, possivelmente, não haviam atualizado em agosto de 2008, as informações sobre os nascimentos e mortos em 2007, já que a distribuição mensal desses eventos não parece verossímil.

De uma maneira geral, o que chama mais atenção é que, em todos os DSEIs, o tempo que existe entre o nascimento e o seu registro pelos profissionais de saúde. Isto é um fato extremamente conhecido da Demografia de países mais pobres ou onde a coleta e o registro de informações vitais não têm cobertura universal. O hiato de tempo entre o nascimento e o registro de um nascido vivo parece ser de 3 ou 4 anos para alguns DSEIs. Em outros, o 'gap' parece ser de 1 a 2 anos. Portanto, qualquer análise demográfica sobre o período deve ser olhada com cautela.

Tabela 2.5.3.1: População cadastrada, mortos cadastrados, população calculada e população extraída do SIASI-WEB; por DSEI.

<b>DSEI</b>	<b>cadastro</b>	<b>mortes</b>	<b>2007*</b>	<b>2007**</b>
Alagoas e Sergipe	15.860	80	15.784	14.759
Altamira	483	8	475	2.198
Alto Rio Juruá	10.860	215	10.645	10.659
Alto Rio Negro	28.574	40	28.536	28.141
Alto Rio Purus	8.103	209	7.899	7.958
Alto Rio Solimões	33.450	154	33.297	34.634
Amapá e Norte do Pará	9.302	182	9.029	8.990
Araguaia	4.078	31	4.047	3.996
Bahia	25.613	612	25.031	26.159
Ceará	22.683	209	22.291	22.367
Cuiabá	6.037	204	5.823	5.859
Guatá (Guamá Tocantins)	6.752	190	6.489	6.321
Kaiapó do Mato Grosso	4.745	75	4.634	4.806
Kaiapó do Pará	3.691	90	3.602	4.198
Leste de Roraima	29.190	458	28.732	35.054
Manaus	15.063	60	15.003	14.927
Maranhão	26.949	279	26.675	26.865
Mato Grosso do Sul	68.951	3.000	65.431	64.952
Médio Rio Purus	5.870	154	5.660	5.645
Médio Rio Solimões	9.945	151	9.793	9.738
Minas Gerais e Espírito Santo	14.495	385	14.060	14.122
Parintins	9.881	21	9.860	10.030
Pernambuco	39.121	789	38.330	38.227
Porto Velho	9.343	269	9.002	8.773
Potiguara	11.743	176	11.567	10.457
Rio Tapajós	7.378	204	7.106	7.056
Sul-sudeste	48.796	909	47.611	48.328
Tocantins	9.260	337	8.764	8.588
Vale do Javari	4.136	70	4.062	1.748
Vilhena	5.955	228	5.646	6.128
Xavante	14.480	1.020	13.460	13.870
Xingu	5.363	134	5.229	5.401
Yanomami	18.966	1.164	17.659	17.649

\* população em 31/12/2007, sem os nascimentos de 2008 e sem os mortos, exceto os de 2008

\*\* população em 2007 extraída do SIASI em agosto de 2008

## **I.2. Análises e possibilidades**

Avaliando-se cada arquivo/DSEI, conclui-se que as melhores informações ou as mais completas estão nos DSEIs do Mato Grosso do Sul, Maranhão e Xavante. O DSEI



Xavante foi objeto de estudo de uma tese de doutorado de Luciene Guimarães de Souza<sup>29</sup>, em 2008, na ENSP/FIOCRUZ.

O DSEI Mato Grosso do Sul possui também uma boa qualidade de informações de nascimentos e óbitos, e parece que a melhoria do registro deu-se a partir do ano de 2003. Já o DSEI Yanomami e Leste de Roraima possuem uma qualidade razoável de informações, sendo que mesmo para os anos 2001 e 2002 possuem informações relativas a óbitos.

As informações aqui processadas e analisadas com maior profundidade foram aquelas relativas ao DSEI Sul – Sudeste (incluídas aquelas do Paraná). Esse DSEI foi escolhido por ser um distrito bastante populoso e por se situar em região de dinâmica demográfica bem conhecida. A literatura indica que uma determinada população minoritária muitas vezes assume paulatinamente os perfis demográficos da população majoritária, e indica que quanto maior o número de população, menor a variabilidade aleatória dos indicadores demográficos (SANTOS, 1980). O que seria esperado, portanto, é que a qualidade dos dados desse DSEI fosse melhor e que alguns sinais de transição demográfica já pudessem ser observados. Porém, os resultados foram muito díspares, ou seja, não são resultados consistentes com o que conhecemos da dinâmica demográfica dessas populações, i.e., altas taxas de fecundidade combinadas com altas taxas de mortalidade em início de declínio.

O formato da pirâmide etária da população desse DSEI ainda permanece com base muito larga, indicando que a fecundidade deve permanecer alta bem como os níveis de mortalidade. Devido a baixa qualidade dos dados, não se produziram estimativas de fecundidade para o período. Também, não se puderam recompor as famílias, relacionando os filhos nascidos vivos com suas mães. Logo, não foram produzidas taxas de fecundidade segundo idade materna. Isto seria importante para verificarmos o possível declínio da fecundidade nas coortes mais jovens em alguma etnia ou de maneira geral para a região/DSEI. Portanto, fizemos apenas algumas análises dos perfis etários da população do DSEI como um todo e dos dois povos maiores em termos numéricos: Guarani e Kaingang.

---

<sup>29</sup> Enquanto desenvolvia sua pesquisa a autora, por ser do quadro de funcionários da FUNASA, efetuou a higienização do banco de dados do SIASI. Portanto, é possível que a qualidade das informações contidas no cadastro desse distrito seja fruto do trabalho da autora.

Tabela 2.5.3.2: Nascimentos e mortes registrados em dois períodos do tempo no DSEI Sul-Sudeste

	<b>2000 a 2003</b>	<b>2004 a 2007</b>
nascimentos	6.621	5.693
mortes	363	460

A população total registrada no cadastro do DSEI Sul-Sudeste foi de **48.796** pessoas, e a população total em 2007 foi calculada em **48.328** pessoas. Desta forma, este é o segundo maior DSEI no Brasil em número de população indígena cadastrada. A Tabela 2.5.3.2 evidencia o possível hiato de tempo entre a ocorrência do evento vital e o seu registro. Observam-se menos registros de nascimentos nos últimos 4 anos do que nos período 2000 a 2003. É possível especular que, mesmo que as taxas de fecundidade estivessem em queda acentuada, o número absoluto de nascimentos ainda estaria aumentando. Os registros das mortes indicam que, no segundo período de tempo, houve redução do sub-registro. Porém, os dados do ano de 2007 ainda estão em processo de compilação.

A Tabela 2.5.3.3 mostra a população do DSEI Sul-Sudeste em 2007 por sexo e idade. Novamente, observa-se o hiato já mencionado entre os dois sexos. Por exemplo, a primeira faixa etária apresenta menor número de registros do que a segunda: 6.091 pessoas (0 a 4 anos) e 8.223 (5 a 9 anos). Apesar disto, a população jovem (**0 a 14 anos) responde por 44,5% da população total.** Entre os Guarani, a proporção de jovens representa 49,8%. Já para os Kaingang esta proporção é de 45,1%. Os dados indicam que a população Guarani é ainda mais jovem do que a Kaingang. Pode ser que além dos povos naturais dessa região como os Kaingang e Guarani, os povos de imigração mais recente, que foram especialmente para a cidade de São Paulo e adjacências, tenham seus componentes entre os jovens adultos acima de 15 anos, ou tenham migrado independentemente de suas famílias, mas essa é uma hipótese a ser verificada.

Tabela 2.5.3.3: População por sexo e idade do DSEI Sul-Sudeste em 31/12/2007

	<b>masc</b>	<b>fem</b>	<b>total</b>
0 a 4	3.094	2.997	6.091
5 a 9	4.149	4.074	8.223
10 a 14	3.419	3.451	6.870
15 a 19	2.706	2.583	5.289
20 a 24	2.252	2.223	4.475
25 a 29	1.868	1.929	3.797
30 a 34	1.482	1.450	2.932
35 a 39	1.219	1.167	2.386
40 a 44	918	845	1.763
45 a 49	685	701	1.386
50 a 54	558	520	1.078
55 a 59	387	392	779
60 a 64	311	348	659
65 e +	882	1.001	1.883
<b>total</b>	<b>23.930</b>	<b>23.681</b>	<b>47.611</b>

Gráfico 2.5.3.1: Pirâmide etária da população do Sul-Sudeste em 2007

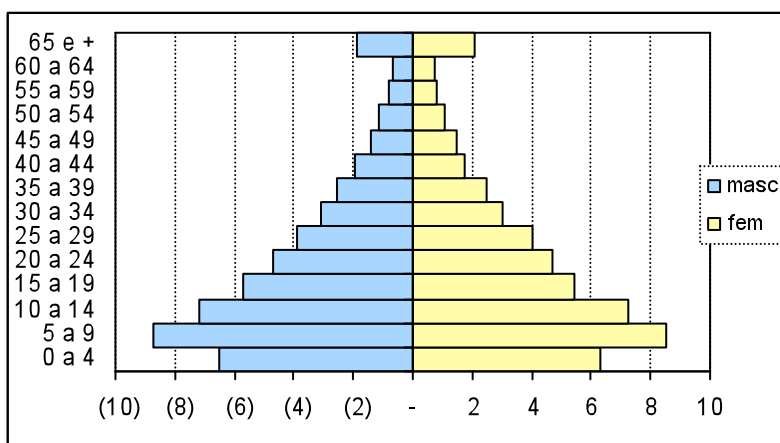


Tabela 2.5.3.4: População Guarani por sexo e idade no DSEI Sul-Sudeste em 2007 (31/12/2007)

	<b>masc</b>	<b>fem</b>	<b>total</b>
0 a 4	919	797	1716
5 a 9	965	896	1861
10 a 14	695	683	1378
15 a 19	615	528	1143
20 a 24	445	411	856
25 a 29	355	338	693
30 a 34	278	231	509
35 a 39	182	201	383
40 a 44	155	139	294
45 a 49	102	121	223
50 a 54	87	83	170
55 a 59	70	72	142
60 a 64	55	68	123
65 e +	226	227	453
<b>total</b>	<b>5149</b>	<b>4795</b>	<b>9944</b>

Gráfico 2.5.3.2: Pirâmide etária da população Guarani no DSEI Sul-Sudeste em 2007

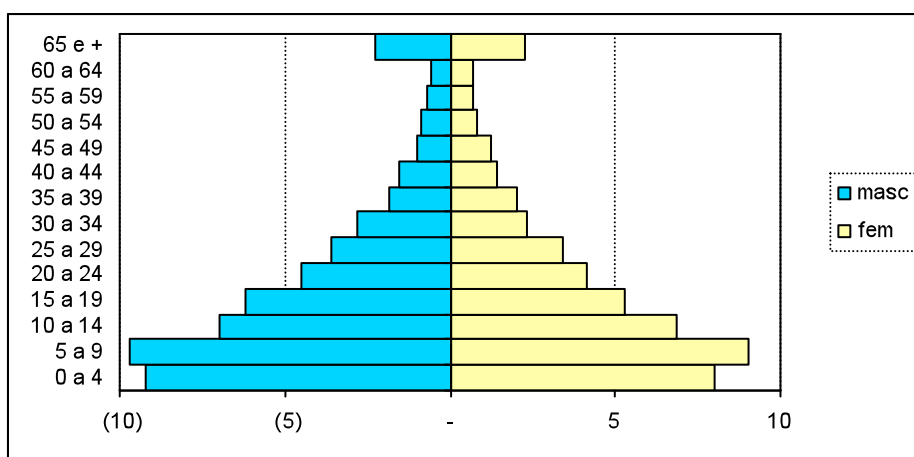
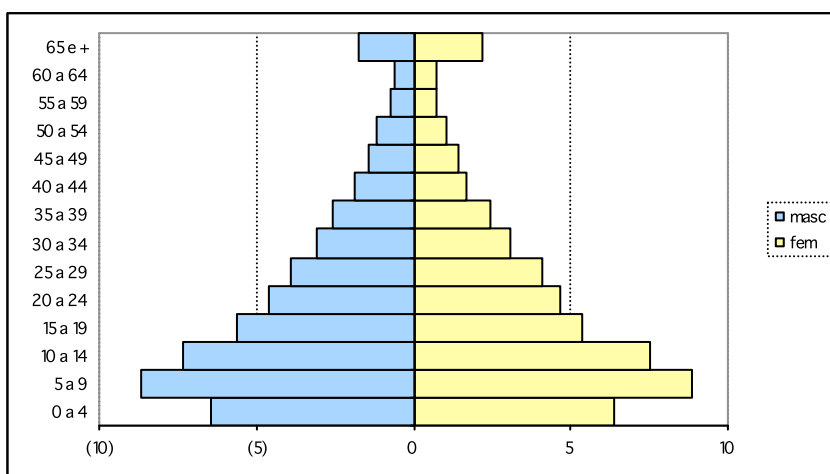


Tabela 2.5.3.5: População Kaingang no DSEI Sul-Sudeste por sexo e idade em 31/12/2007

	<b>masc</b>	<b>fem</b>	<b>total</b>
0 a 4	2.075	2.069	4.144
5 a 9	2.801	2.860	5.661
10 a 14	2.375	2.422	4.797
15 a 19	1.808	1.742	3.550
20 a 24	1.485	1.516	3.001
25 a 29	1.270	1.319	2.589
30 a 34	999	993	1.992
35 a 39	823	796	1.619
40 a 44	605	551	1.156
45 a 49	453	471	924
50 a 54	370	331	701
55 a 59	240	242	482
60 a 64	190	229	419
65 e +	564	712	1.276
<b>total</b>	<b>16.058</b>	<b>16.253</b>	<b>32.311</b>

Gráfico 2.5.3.3: Perfil etário da população Kaingang no DSEI Sul-Sudeste em 2007



Na Tabela 2.5.3.6, podemos observar que o número de nascimentos registrados no primeiro período é maior do que o segundo número. Isto acontece provavelmente por causa do hiato de tempo entre o nascimento e seu registro, conforme já observado acima. Outra hipótese seria a da diminuição da fecundidade, já que essa etnia está em uma região de fecundidade baixa há muitos anos e possui escolaridade alta e acesso a métodos de controle dos nascimentos; porém ambas as hipóteses teriam que ser verificadas.

Tabela 2.5.3.6: Nascimentos e mortes Guarani em dois períodos, extraídos do Cadastro do SIASI.

<b>nascimentos:</b>			<b>mortes:</b>		
<b>UF</b>	<b>2000 a 2003</b>	<b>2004 a 2007</b>	<b>UF</b>	<b>2000 a 2003</b>	<b>2004 a 2007</b>
PR	398	422	PR	20	28
RJ	76	97	RJ	11	10
RS	327	307	RS	7	15
SC	175	162	SC	13	10
SP	527	402	SP	39	24
<b>total</b>	<b>1.503</b>	<b>1.390</b>	<b>total</b>	<b>90</b>	<b>87</b>

A Tabela 2.5.3.7 apresenta a população por etnia do DSEI Sul-Sudeste. Trata-se de uma informação muito importante porque não existe no Brasil, até o presente, nenhuma outra fonte de dados demográficos que contenha a distribuição das etnias na população indígena.

Tabela 2.5.3.7: População por etnia do DSEI Sul-Sudeste

<b>povo</b>	<b>pop 2007</b>
Guarani	9.911
Kaingang	32.311
Atikum	15
Wassu	27
Fulniô	46
Krenak	69
Pankararu	1.384
Pankarare	316
Terena	540
Potiguara	28
Pataxó	43
Xokleng	2.026
Xukuru	123
Xetá	49
Outros	19

### **3. Conclusões**

Os dados do SIASI vem sendo a única fonte de informações para estudos mais acurados sobre a dinâmica demográfica das populações indígenas. Os censos demográficos do IBGE começaram a coletar informações sobre os indígenas auto-declarados, porém, com muitas limitações (Azevedo, 2002). Portanto, em primeiro lugar, devemos ter presente a importância desse sistema de informações para todas as políticas públicas direcionadas aos povos indígenas no Brasil, não somente aquelas relativas à saúde.

Porém, elaboração de análises demográficas a partir dos dados do cadastro ainda é difícil pois não temos fatores de correção do hiato entre o nascimento e o registro da criança e não temos possibilidade de correções estatísticas a partir de modelagem de população indígena. Teríamos que efetuar correções a partir de modelos elaborados com a população brasileira não indígena, que possui um comportamento demográfico muito distinto. Por isso a enorme importância de assumirmos a necessidade de melhoria e aprimoramento nas diferentes fases do SIASI.

#### **2.5.4 Sistemas alternativos de monitoramento da saúde indígena**

##### *Bolsa Família*

O Programa Bolsa Família (PBF), operado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza, com renda mensal por pessoa inferior a R\$ 120,00. As condicionalidades referem-se ao uso dos serviços de saúde por parte de crianças e gestantes e frequência escolar de crianças de 7 a 17 anos.

O ingresso no Programa é feito mediante a avaliação dos dados informados pelo interessado no Cadastro Único (CadÚnico). Em dezembro de 2007, o PBF atendia 11.043.076 famílias em todo o Brasil. Segundo informações prestadas pelo MDS à COMOA/Funasa, neste mesmo mês, 53.588 famílias indígenas eram beneficiadas pelo Programa. Além disso, no período, 62.134 famílias indígenas estavam cadastradas no CadÚnico.

O CadÚnico possui informações sobre as condições socioeconômicas da família (renda, escolaridade, empregabilidade, condições do domicílio, etc.), sendo renovado pelos beneficiados a cada 2 anos. A variável 215 refere-se à raça/cor da pessoa de referência do domicílio, geralmente do sexo feminino.

O MDS definiu uma rotina de preenchimento dos endereços (o qual prevê a identificação do DSEI, CEP e nome da aldeia), e flexibilização na indicação da Certidão Civil (SENARC/MDS, 2008). Apesar das limitações que esta base possui por tratar as famílias indígenas como nucleares, ela permite acesso regular as condições de vida de famílias indígenas aldeadas e no espaço urbano. O número de famílias indígenas beneficiadas pelo Programa deve continuar aumentando nos próximos anos.

Em resposta as demandas do MDS, o DATASUS desenvolveu um visualizador de informações para o acompanhamento estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família<sup>30</sup>. No primeiro semestre de 2008, foram registradas as condições nutricionais de 8.836.272 indivíduos. Dentre os quais, 1.403.496 eram menores de 5 anos (DATASUS/MS, 2008). A ferramenta não permite estratificação por raça/cor, mas a variável é colhida durante a aferição da condição nutricional do indivíduo.

## **2.5.5 Sistemas de avaliação**

### *Avaliação de Programas e Ações de Saúde na Funasa*

Apesar da recomendação da necessidade constituição de uma sistemática de avaliação de desempenho dos serviços de saúde estar presente em vários documentos fornecidos pela Funasa (SANIGEST, 2003; Coutinho Júnior, 2003). Esta atividade não foi implementada na Funasa. O que está disponível é resultado de contratações ocasionais, focadas em atividades de curto fôlego, buscando respostas a problemas imediatos da organização. Avaliações de maior profundidade parecem estar relacionadas ao encerramento dos ciclos de financiamentos de organismos internacionais.

Porem, já em 2002 a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS), através do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), iniciou um processo de fomento de pesquisas destinado a

---

<sup>30</sup> [Http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B624C4D0E0F359G9H1Jd4L24M0N&VInclude=../site/infsaude.php](http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B624C4D0E0F359G9H1Jd4L24M0N&VInclude=../site/infsaude.php)

investigar a saúde dos povos indígenas. Este esforço acabou por se constituir na principal iniciativa de avaliação de serviços de saúde voltados a esta população.

#### *Estudos sobre a Saúde dos Povos Indígenas sob o Fomento do DECIT/MS (2002-2007)*

Esta seção analisa as pesquisas fomentadas pelo DECIT no período de 2002 a 2007 para a sub-agenda Saúde dos Povos Indígenas, parte integrante da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.

Estas pesquisas são escolhidas em processo de seleção pública. Embora a agenda seja definida pelo órgão financiador, o processo seletivo segue o rito definido pelo CNPq. Como a Funasa não possui uma rotina para a contratação de estudos de avaliação, este instrumento é, na prática, o meio de contratação de estudos de avaliação das políticas de saúde voltadas à população indígena. Embora seja discutível, como veremos adiante, o processo de apropriação dos resultados pelos gestores dessas políticas, é um sistema consolidado, que dispõe de grandes possibilidades de ajuste para seu melhor aproveitamento pela Funasa. Esta é a razão pelo qual este relatório examina com cuidado os estudos realizados ou em andamento.

O objetivo desta observação é responder as seguintes questões: quantos estudos foram feitos; qual o valor investido; quais os principais temas; quais as universidades que ganharam os recursos e qual o valor recebido, e quais destes estudos podem ser classificados como estudos de avaliação das necessidades da população ou da oferta e implementação de políticas públicas.

#### *Pesquisa da Sub-agenda Saúde dos Povos Indígenas*

De acordo com os dados disponibilizados pelo DECIT, no período entre 2002 a 2007 foram aprovados 63 projetos de pesquisa na área da Saúde dos Povos Indígenas totalizando R\$ 3.528.229,14 investidos. Deste total, R\$ 1.433.777,90 são recursos provenientes do próprio DECIT e caracterizam o fomento nacional. Os restantes R\$ 2.094.451,29 vieram de parceiros para o fomento descentralizado à pesquisa na área da saúde, como o CNPq, as Fundações de Amparo à Pesquisa e as Secretarias de Saúde, dentro do PPSUS. Este acordo não implicou repasses por parte da Funasa, cabendo ao DECIT o financiamento de responsabilidade do MS.



Tabela 2.5.5.1- Distribuição da modalidade de fomento de pesquisa na sub-agenda Sade dos povos indígenas

<b>Modalidade de Fomento:</b>	<b>PPSUS (Edital)</b>	<b>Fomento Nacional (Edital)</b>	<b>(Total: Editais + Contratos)</b>
<b>Número de Editais / Contratos:</b>	12	4	16
<b>Número de Projetos:</b>	16	47	63
<b>Total de Recursos</b>	R\$ 521.426,34	R\$ 3.006.802,80	R\$ 3.528.229,14

Fonte: BDG – Decit acesso setembro 2008

A Funasa inscreveu junto ao DECIT dois temas de pesquisa: AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS E ECONOMIA DA SAUDE e AVALIAÇÃO (de programas e política de saúde). O primeiro tema financiou 18 projetos no período, já o segundo apoiou 11 projetos. No período, o total de recursos financeiros alocados para ambos os temas foi de R\$ 2.330.913,00, o que corresponde a 66% do total de recursos alocados sob este mecanismo.

Das 38 instituições que receberam recursos, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é a que apresenta o maior número de projetos (11) e obteve a maior soma em recursos: R\$ R\$ 905.276,49. Em seguida está a Universidade Federal de Santa Catarina, que concorreu com 5 projetos e obteve R\$ R\$ 198.765,20. As Universidades Federais da Paraíba e Rondônia aparecem em terceiro lugar com 3 projetos cada uma sendo que Rondônia recebeu R\$ 117.558,40 em recursos enquanto a Paraíba ficou com R\$ 85.210,10.

A Tabela 2.5.5.2 indica valores baixos para o financiamento dos projetos, i.e., 56 mil Reais em média. Dois projetos chegaram a receber valores inferiores a 10 mil Reais. Outro aspecto destacado na tabela é a concentração de recursos. Uma instituição concentrou 20% do total de projetos aprovados e 26% do total de recursos financeiros. As 8 instituições que receberam, individualmente, valores superiores a 100 mil Reais, responderam por 59% do total de recursos financiados. Contudo, é importante destacar que estas instituições estão distribuídas em 4 das 5 macro-regiões do país, indicando uma esforço de superação das desigualdades regionais do país.

Tabela 2.5.5.2 Distribuição de instituições, nº de projetos financiados, recursos recebidos e percentuais recebido pela instituição em relação ao financiamento da sub-agenda saúde dos povos indígenas

<b>Instituição</b>	<b>Nº de Projetos</b>	<b>Total Recursos (R\$)</b>	<b>%</b>
Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz	11	905,276.49	25.66
UFMT - Universidade Federal de Mato Grosso	2	203,122.40	5.76
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina	5	198,765.20	5.63
UnB - Universidade de Brasília	1	182,000.00	5.16
FMT / AM - Fundação de Medicina Tropical do Amazonas	1	168,600.00	4.78
Unicamp - Universidade Estadual de Campinas	2	163,350.00	4.63
INPA - Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia	1	143,211.80	4.06
UNIR - Universidade Federal de Rondônia	3	117,558.40	3.33
UFOP - Universidade Federal de Ouro Preto	2	96,762.61	2.74
Unifesp - Universidade Federal de São Paulo	2	94,885.00	2.69
UFBA - Universidade Federal da Bahia	2	89,400.00	2.53
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais	2	89,350.00	2.53
UFPB - Universidade Federal da Paraíba	3	85,210.10	2.42
UFPA - Universidade Federal do Pará	2	82,935.00	2.35
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul	1	81,953.50	2.32
SES / AM - Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas	1	74,449.25	2.11
UFAM - Universidade Federal do Amazonas	1	73,910.00	2.09
USP - Universidade de São Paulo	1	53,937.00	1.53
Unifor - Universidade de Fortaleza	1	53,753.24	1.52
UFSCAR - Universidade Federal de São Carlos	1	50,000.00	1.42
UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro	1	49,975.00	1.42
SES / SP - Secretaria de Estado da saúde de São Paulo	1	46,834.00	1.33
UFAC - Universidade Federal do Acre	1	44,607.60	1.26
UFF - Universidade Federal Fluminense	1	40,429.00	1.15
UCDB - Universidade Católica Dom Bosco	1	37,000.00	1.05
UFC - Universidade Federal do Ceará	1	35,000.00	0.99
FMB - Fundação Manoel de Barros	1	30,000.00	0.85
Unesp - Universidade Estadual Paulista	1	30,000.00	0.85

<b>Instituição</b>	<b>Nº de Projetos</b>	<b>Total Recursos (R\$)</b>	<b>%</b>
UFGD - Universidade Federal da Grande Dourados	1	29,313.60	0.83
UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia	1	28,322.00	0.80
UEPA - Universidade do Estado do Pará	1	27,850.00	0.79
UFMS - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	1	25,602.00	0.73
Unicap - Universidade Católica de Pernambuco	1	23,700.00	0.67
UFAL - Universidade Federal de Alagoas	1	22,550.00	0.64
UEMS - Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul	1	20,325.05	0.58
UFMA - Universidade Federal do Maranhão	1	11,100.00	0.31
UEPB - Universidade Estadual da Paraíba	1	9,925.90	0.28
Unigran - Centro Universitário da Grande Dourados	1	7,265.00	0.21
<b>Total: 38 Editais / Contratações Diretas</b>	<b>63</b>	<b>3,528,229.14</b>	<b>100.00</b>

Fonte: DECIT

Os principais temas pesquisados foram as Doenças Transmissíveis, com oito projetos, seguido da Alimentação e Nutrição com seis e, em terceiro lugar, a Saúde da Criança e do Adolescente com quatro. Importante observar que não há informação disponível sobre o tema em 38% dos projetos aprovados e isto pode indicar uma dificuldade em classificar o projeto em uma das temáticas existentes (Tabela 2.5.5.3).

Tabela 2.5.5.3 Distribuição temática das pesquisas financiadas pela sub-agenda saúde dos povos indígenas

Não informado	24
Doenças Transmissíveis	8
Alimentação e Nutrição	6
Saúde da Criança e do Adolescente	4
Assistência Farmacêutica	3
Doenças Não-Transmissíveis	3
Saúde Bucal	3
Saúde Mental	3
Sistemas e Políticas de Saúde	3

Epidemiologia	2
Promoção da Saúde	1
Saúde da Mulher	1
Saúde do Idoso	1
Saúde, Ambiente, Trabalho e Biossegurança	1

Fonte: DECIT

Quanto ao tipo de pesquisa, aqui entendido enquanto a disciplina a qual a investigação está ligada, as pesquisas do tipo epidemiológicas são a maioria, com vinte e dois projetos. Sendo seguidas pelas Ciências Sociais e Humanas aplicadas em saúde, com dez e aquelas que se referem ao Sistema de saúde, planejamento e gestão de políticas, programas e serviços de saúde, com seis projetos.

Dos sessenta e três projetos que constam no Banco de dados Gerencial do DECIT, apenas três têm seus resultados publicados. Todas elas relacionadas à avaliação de serviços de saúde. Isto limitou a análise da qualidade dos estudos realizados (Tabela 2.5.5.4).

Tabela 2.5.5.4 Pesquisas financiadas pela sub-agenda saúde dos povos indígenas com resultados publicados: ano de financiamento, título do projeto e instituição executora

<b>Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Instituição</b>
2004	Tuberculose e hanseníase em áreas indígenas: pesquisa avaliativa de ações programáticas	Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
2005	Política indigenista de saúde e participação indígena	UFMA – Universidade Federal do Maranhão
2004	População Indígena da cidade de Manaus: condições de saúde e SUS	Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

## 2.5.6 Conclusões e Recomendações

### *Monitoramento*

Curto prazo:

- Pela análise dos relatórios gerados pelo SIASIWEB, pode-se inferir que o sistema tem como pontos fortes a sua concepção, a sua modelagem de dados e a sua usabilidade no tocante às consultas realizadas via internet. Como pontos

fracos podem-se citar a provável deficiência de crítica na entrada de dados e a apresentação de relatórios apresentando taxas que são de difícil interpretação por um usuário com menor conhecimento em epidemiologia. A crítica deficiente na entrada de dados pode ter determinado ainda a existência na base de dados de informações incompletas e inconsistentes.

- Dentre os atributos de qualidade que se tentou verificar neste trabalho, pode-se concluir que a acessibilidade é garantida pelo SIASIWEB, já que as tabelas são geradas em um tempo satisfatório e o sistema manteve-se ativo na maioria das vezes em que foi acessado para a geração de relatórios. Embora a confiabilidade e a precisão não pudessem ser aferidas diretamente, pode-se inferir que estes critérios não estão garantidos no Sistema, uma vez que houve a possibilidade da entrada de dados espúrios no mesmo. A maioria das informações do SIASIWEB não sofreria pela perda no critério atualidade. Vale repetir que ao critério de qualidade “atualidade” não é pertinente à grande maioria dos dados na base do SIASI, devido à sua modelagem. A validade, traduzida pela integridade dos dados, não é possível de ser verificada sem o acesso direto à base de dados que gera os relatórios disponíveis no SIASIWEB.
- Utilizando como fundamentos os resultados apresentados e inferindo que o sistema permite a entrada de dados com pouca qualidade, recomenda-se que os processos de entrada de dados sejam revistos e que sejam desenvolvidas telas contendo gabaritos que restrinjam a digitação de dados errados ou inconsistentes. É essencial ainda que o pessoal responsável pela entrada de dados seja mais bem capacitado para uso do sistema, além de orientado e motivado a fazer a entrada de dados com a melhor qualidade possível.
- A disponibilização das taxas, sem o registro dos numeradores e denominadores correspondentes, impede a sua verificação. Recomenda-se que os componentes de todos os índices e taxas estejam presentes nas respectivas tabelas. É essencial também que uma documentação de destas taxas e índices esteja disponível no SIASIWEB, contendo, itens tais como métodos de cálculo, categorias de análise e limitações e uso, a exemplo do que está disponível para os indicadores do DATASUS. É importante que o SIASI registre e disponibilize a memória de cálculos demográficos e epidemiológicos. Isto é necessário para compreensão de tendências diacrônicas aferidas no Sistema.

- A interpretação das taxas é dificultada pela ausência do coeficiente utilizado (x1.00, x1.000, etc.) nos relatórios gerados, mesmo que este tenha sido dada a oportunidade ao usuário de selecionar o coeficiente mais adequado. No entanto, após a gravação ou impressão de vários destes relatórios, perde-se a referência de qual foi o coeficiente utilizado. Recomenda-se a inclusão dos coeficientes utilizados em todos os relatórios que mostrem taxas e índices.
- As tabelas que apresentem dados divididos em grupos deveriam trazer estes grupos sob a forma de colunas (variáveis) e não como separadores de totalização, conforme foi descrito anteriormente. Isto facilitará enormemente a utilização de filtros durante a análise dos dados, seja em planilhas eletrônicas, seja em pacotes estatísticos.
- Além da revisão dos processos de entrada de dados e da revisão dos relatórios gerados, recomenda-se fortemente um trabalho de acertos na base de dados, a qual deverá contemplar a padronização dos dados digitados **sob uma rotina fonética de entrada dos dados** (utilização de acentos, utilização de maiúsculas e minúsculas, eliminação de caracteres não recomendados, unificação das grafias), complementação das informações incompletas e indicação das informações faltantes por meio do uso de códigos que indiquem esta condição; por exemplo: “não se aplica” e “sem informação”. É essencial que a rotina fonética aplicada na grafia dos nomes próprios impeça o uso de abreviaturas que comprometam a identificação de uma pessoa de forma unívoca.
- Embora a usabilidade tenha sido apontada acima como um dos pontos positivos do SIASIWEB, há pontos de melhoria. Nas telas interativas de geração das taxas, recomenda-se a apresentação dos períodos disponíveis nas bases de dados de forma a orientar o usuário na solicitação de um determinado intervalo de tempo para as suas análises.
- Há possibilidades de melhorias na modelagem de dados, também considerada um ponto positivo, no sentido de se adequar algumas variáveis a um melhor formato à análise estatística, como, por exemplo, transformar as variáveis contendo idades em campos numéricos, separando-se anos, meses e dias, quando necessário.

- Em relação à ferramenta de acompanhamento do estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família, cabe à Funasa que solicite ao DATASUS a disponibilização das informações referentes à população indígenas. Para isso, basta acrescentar a variável raça/cor enquanto critério de consulta da ferramenta.
- Para analisar medias globais diante de valores discrepantes, a análise estatística das taxas registradas nas diversas tabelas, contendo as possíveis distorções descritas acima, exige a identificação de *outliers*, cujos pontos de corte devem ser arbitrados e podem reduzir o poder dos resultados estatísticos a serem obtidos.

#### Médio prazo

- Quanto as informações do CADÚnico, recomendamos que a COMOA/Funasa intensifique seus contatos com o MDS, visando receber a base atualizada de cadastrados e beneficiados do PBF a cada 6 meses. Em parceria com o MDS, a Funasa poderia publicar anualmente o perfil das famílias indígenas beneficiadas pelo Programa.
- Desenvolvimento de ferramentas no SIASI contendo a rotina fonética para preenchimento das variáveis.

#### Longo prazo

- Instituição de um fórum voltado para desenho, formatação, e validação das variáveis e indicadores do SIASI. Este seria composto pelos usuários do Sistema, aos moldes de fora semelhantes realizados pelo IBGE.
- Publicação dos indicadores sob forma de folders e anuários.
- Realização de seminários específicos sob o tema.
- Realização de cursos descentralizados de capacitação sobre o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados, noções básicas de aritmética, noções básicas de estatística e noções básicas de epidemiologia.
- Realização de cursos centralizados de estatística, epidemiologia, avaliação e monitoramento em saúde para os profissionais mais qualificados que lidam com o SIASI.

## *Avaliação*

### Curto prazo

- Envolvimento das instâncias dirigentes da Funasa na definição da sub-agenda saúde dos povos indígenas.
- Conhecimento e apropriação dos achados dos estudos realizados sob o fomento da sub-agenda.

### Médio prazo

- Definição de uma instancia transversal na Funasa para definição da agenda de avaliação a ser realizada com fomento do VIGISUS.

### Longo prazo

- Publicação periódica do resultado das avaliações utilizando as revistas técnicas do MS, como por exemplo: “Epidemiologia e serviços de saúde”. Considerando ainda a publicação em volumes específicos sobre o tema.



## **Parte 3 Dados das Oficinas Regionais e Estudos de Caso**

### **3.1 Processo: apresentação das Oficinas Regionais e Estudos de Caso**

#### **3.1.1 Descrição:**

Dada a heterogeneidade das realidades regionais e locais com as quais o Subsistema deve lidar, foi imprescindível que a equipe da Consultoria pudesse ter contato com os atores chave que estão na linha de frente da luta nos diferentes DSEIs e COREs para se garantir a superação dos desafios atuais e a plena implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Ao mesmo tempo, a apropriação dos Produtos da Consultoria e a preparação do terreno para a fase de implementação exigiram que os diversos atores regionais pudessem participar dos debates sobre o Diagnóstico, os Modelos e Metas e o Plano de Ação. No entanto, o tempo e os recursos financeiros disponíveis para a realização da Consultoria não permitiram que todos os DSEIs fossem visitados individualmente, nem que representantes de todos os DSEIs pudessem participar dos encontros em Brasília. Daí a adoção de uma estratégia baseada em Oficinas Regionais; estas Oficinas permitiram que um número significativo de atores chave de todos os DSEIs de todas as regiões do País participassem de eventos que buscaram, ao mesmo tempo, o aprofundamento do Diagnóstico e a promoção de um debate amplo sobre os Produtos da Consultoria e as prioridades para o fortalecimento do Subsistema.

### **3.1.2 Objetivos propostos no Plano de Oficinas:**

1. Proporcionar a familiarização da equipe de consultores com as diversas realidades regionais do Subsistema, ampliar o seu conhecimento das experiências existentes e garantir o seu acesso às informações específicas de cada DSEI para complementação do Diagnóstico e embasamento dos Modelos.
2. Proporcionar um espaço de diálogo amplo e participativo acerca das propostas em elaboração, envolvendo atores de diferentes segmentos e de todos os DSEIs.
3. Preparar o terreno para a fase de implementação, ampliando a apropriação do processo e dos Produtos da Consultoria e traçando as estratégias para a realização das experiências piloto.

### **3.1.3 Participantes:**

Chefes e Coordenadores Técnicos dos DSEIs, Presidentes dos CONDIsIs, profissionais das EMSI, representantes do DESAI, do Ministério da Saúde, dos gestores municipais e estaduais do SUS, da FUNAI, do Banco Mundial, de ONGs conveniadas e das organizações e comunidades indígenas, outros convidados (informantes chave indicados pelos consultores), técnicos do Projeto VIGISUS, membros do GT e consultores.

### **3.1.4 DSEIs participantes e locais de realização:**

- Oficina 1 (Bahia, Alagoas, Potiguara, Pernambuco, Ceará, Maranhão) – João Pessoa;
- Oficina 2 (Leste de Roraima, Yanomami, Amapá, Guamá-Tocantins, Altamira, Rio Tapajós, Kayapó Pará, Tocantins) – Belém;
- Oficina 3 (Sul-Sudeste, Paraná, Mato Grosso do Sul, MG e ES) – Campo Grande;
- Oficina 4 (Alto Solimões, Javari, Médio Solimões, Manaus, Parintins, Alto Rio Negro, Médio Purus, Alto Juruá, Alto Purus) – Manaus;
- Oficina 5 (Cuiabá, Xingu, Xavante, Kayapó MT e Araguaia) – Cuiabá;

### **3.1.5 Período e número de participantes das Oficinas Regionais (conforme lista de presença fornecida pela Funasa):**

<b>Oficina Regional</b>	<b>Período</b>	<b>Número de participantes</b>
João Pessoa-PB	23 a 25 de Setembro de 2008	68
Belém-PA	30 de Setembro a 2 de Outubro de 2008	73
Campo Grande-MS	21 a 23 de Outubro de 2008	76
Manaus-AM	17 a 19 de Novembro de 2008	105
Cuiabá-MT	9 a 11 de Dezembro de 2008	78
Total	Setembro a Dezembro de 2008	400

### **3.1.6 Conteúdo previsto:**

- Apresentação pelos representantes do Projeto VIGISUS e do Consórcio de informações gerais sobre a Consultoria.
- Apresentação pelos Chefes de Distrito / ASAI (Sul-Sudeste), Coordenadores Técnicos e Presidentes de CONDISI de informações sobre a situação e os desafios e avanços de cada Distrito.
- Apresentação pelos participantes de experiências relevantes (iniciativas comunitárias, medicina tradicional, controle de alcoolismo, outros programas específicos).
- Apresentação pelos responsáveis técnicos dos Produtos da Consultoria ora em elaboração, para discussão e comentários.
- Trabalho de Grupo e socialização em plenária das conclusões sobre os temas abordados pelos Modelos, as prioridades para o fortalecimento do Subsistema e as orientações para a fase de implementação.
- Visitas de campo dos consultores / realização de oficinas locais (nível de DSEI) em DSEIs selecionados para a realização de Estudos de Caso (complementação do Diagnóstico).

## **3.2 Auto-avaliação da Atenção à Saúde dos DSEIs**

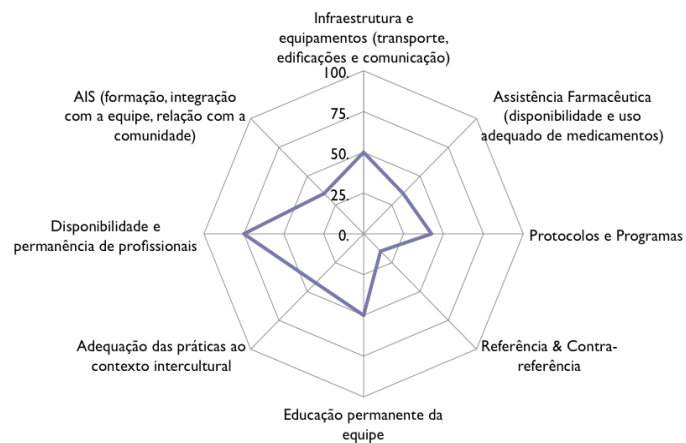
Como uma das metodologias empregadas durante as Oficinas Regionais, a realização da auto-avaliação da atenção à saúde dos DSEIs fez uso dos chamados “aranhogramas” através da classificação de 8 eixos temáticos, sendo um deles de livre escolha para os participantes. Além de pontuarem cada eixo, a partir do consenso entre os participantes de cada DSEI, também era necessário justificar tal nota e apresentar os resultados em plenária para a deliberação com os outros Distritos.

A seguir, seguem representações gráficas dos aranhogramas produzidos por cada DSEI, em cada oficina realizada. Ao final também é apresentado um gráfico consolidado dos aranhogramas por oficina, com a média dos resultados por evento.

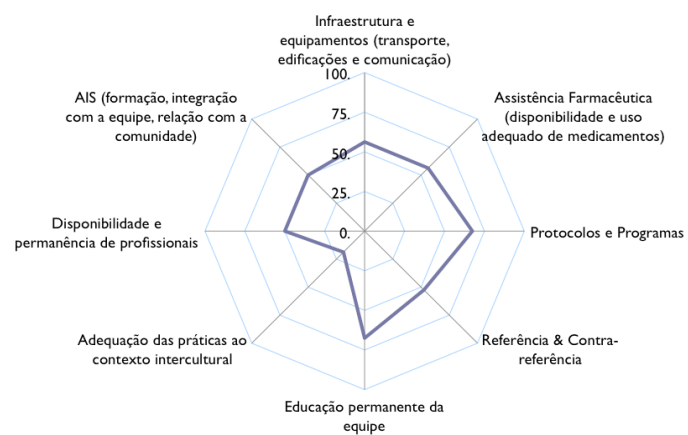
O detalhamento dos motivos para atribuição da pontuação consta dos relatórios detalhados das oficinas, nos Anexos.

## Oficina Regional I - João Pessoa

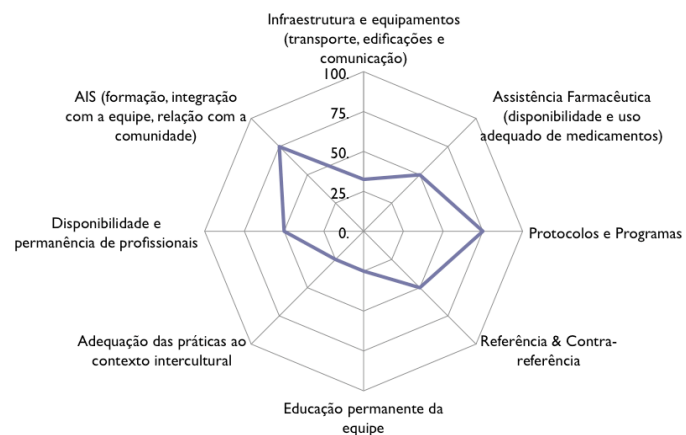
**DSEI- Alagoas e Sergipe, Set/2008.**



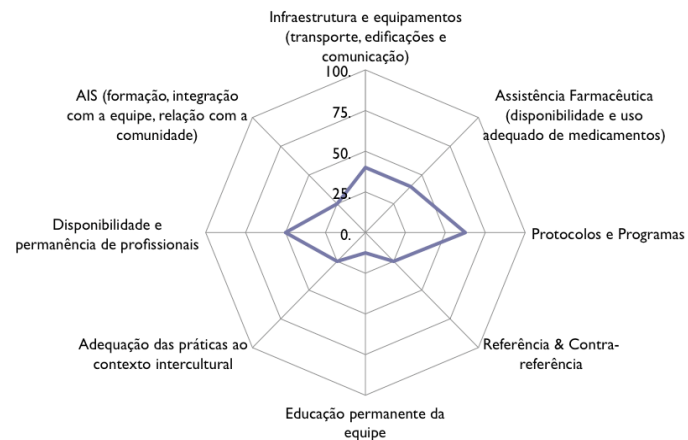
**DSEI-Bahia, Set/2008.**



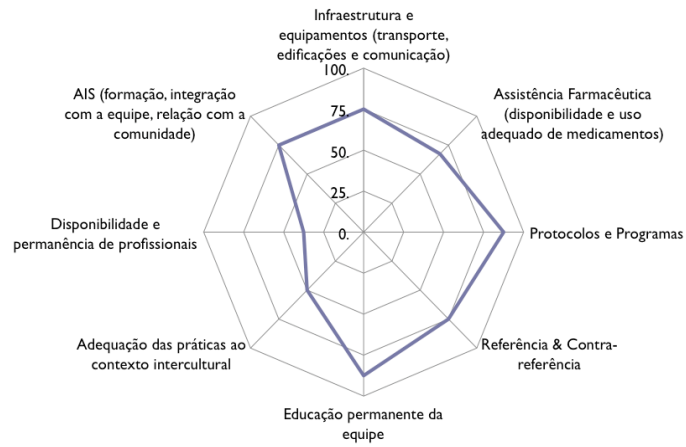
**DSEI-Ceará, Set/2008.**



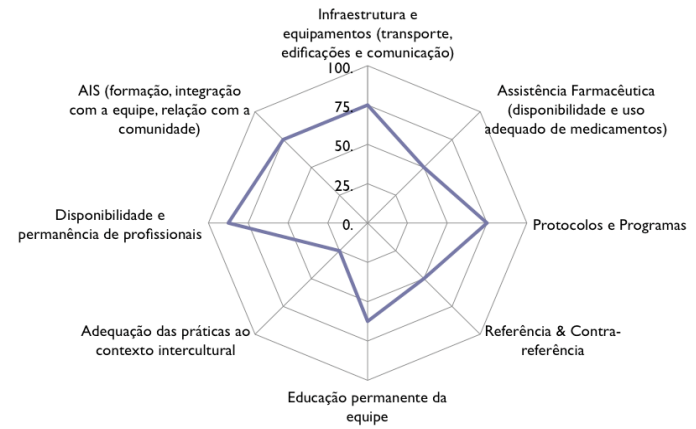
**DSEI-Maranhão, Set/2008.**



**DSEI-Pernambuco, Set/2008.**

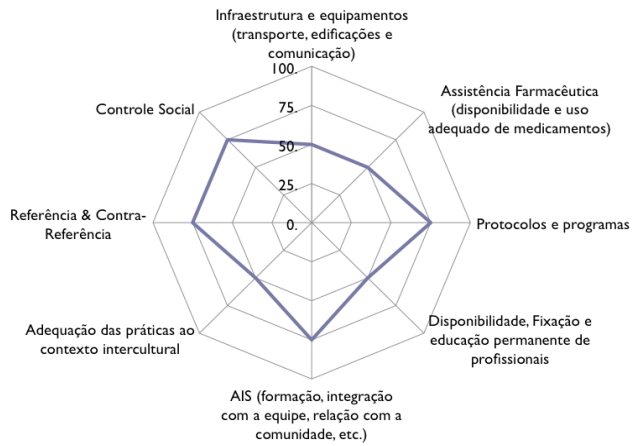


**DSEI- Potiguara, Set/2008.**

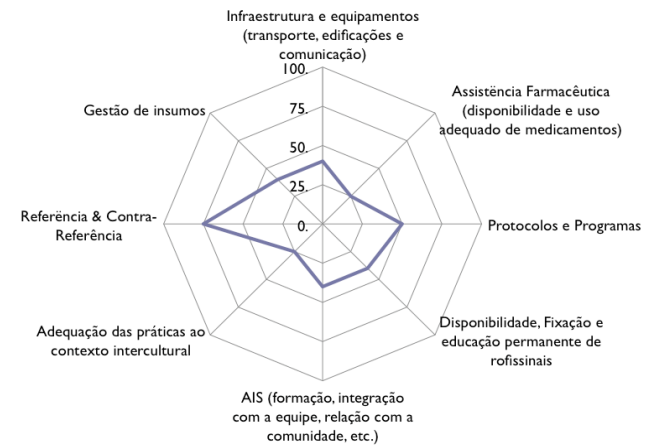


**Oficina Regional 2 – Belém**

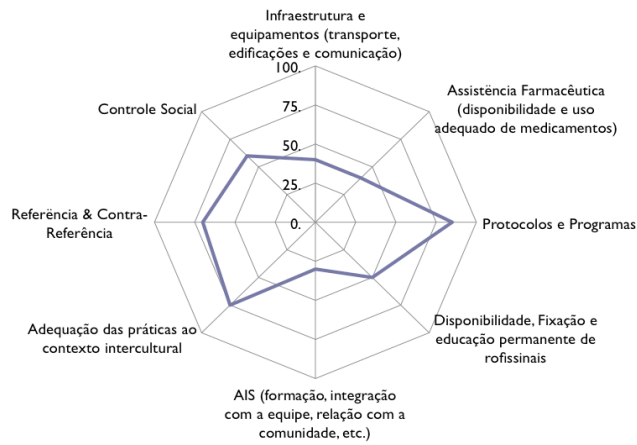
**DSEI-Altamira , Out/2008**



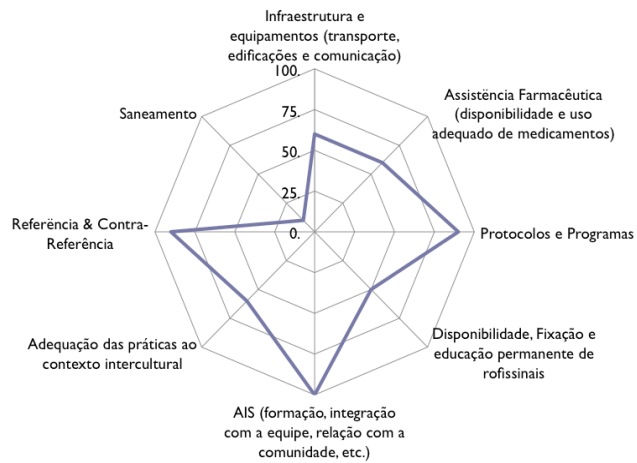
**DSEI- Amapá, Out/2008.**



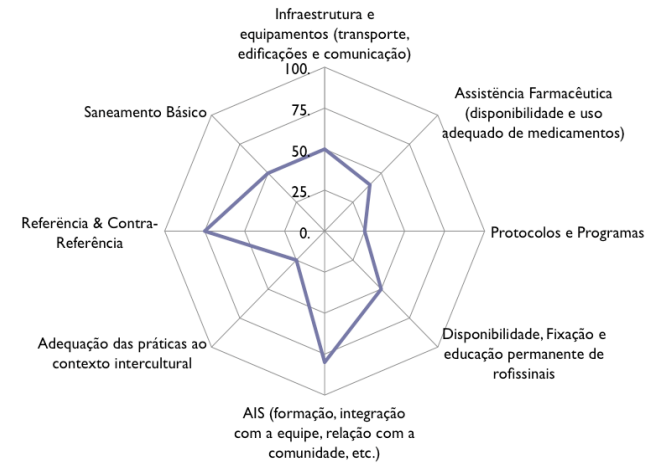
**DSEI-Guatoc, Out/2008.**



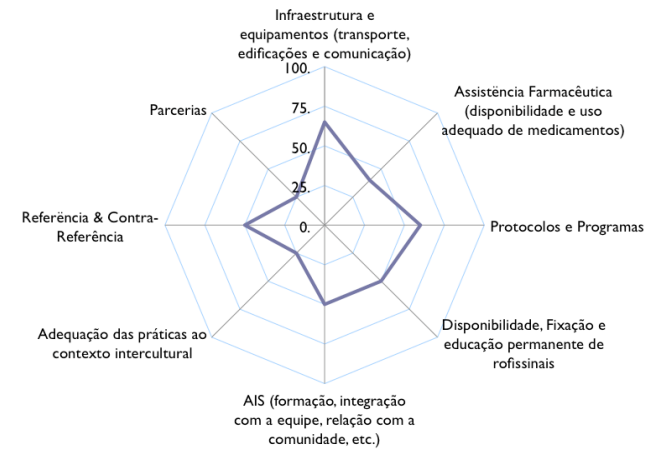
**DSEI-Leste RR, Out/2008.**



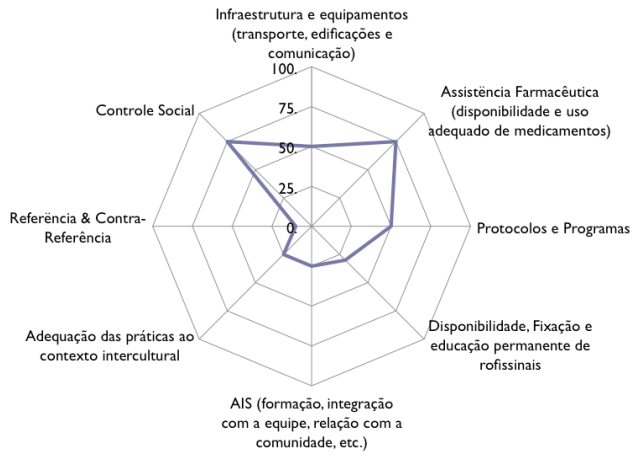
**DSEI-Kaiapó, Out/2008.**



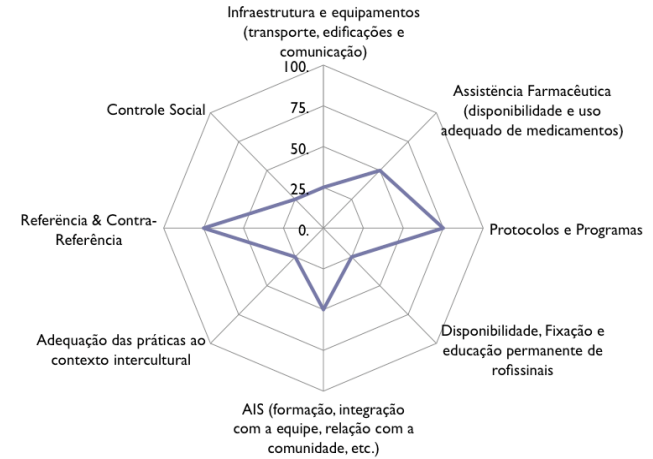
**DSEI-Tapajós, Out/2008.**



**DSEI-Tocantins, Out/2008.**

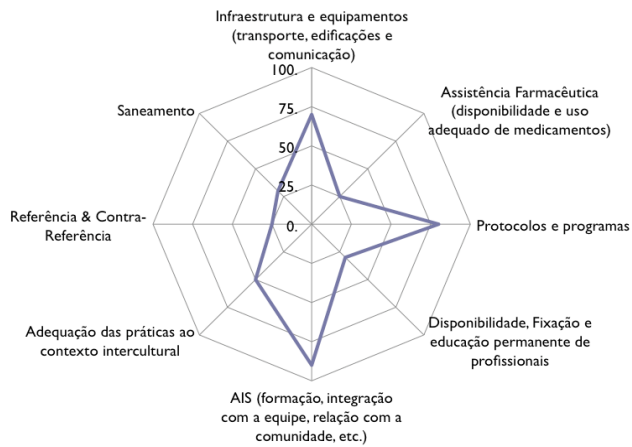


**DSEI-Yanomami, Out/2008.**

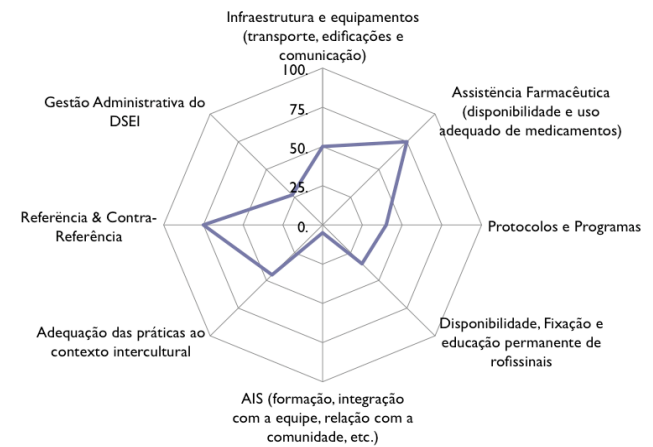


**Oficina Regional 3 – Campo Grande**

**DSEI-Mato Grosso do Sul, Out/2008**

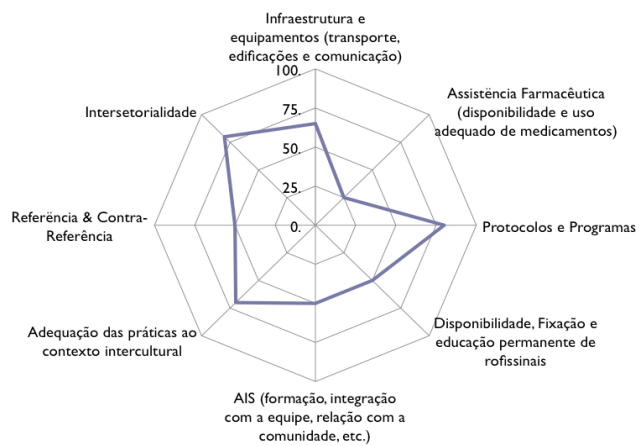


**DSEI-Minas Gerais e Espírito Santo, Out/2008.**

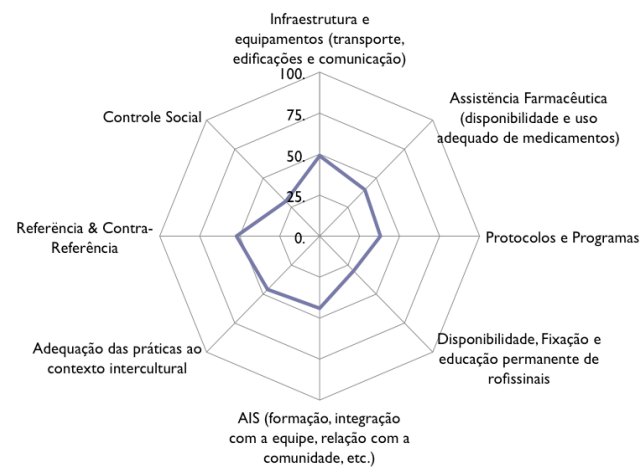




**DSEI-Paraná, Out/2008.**

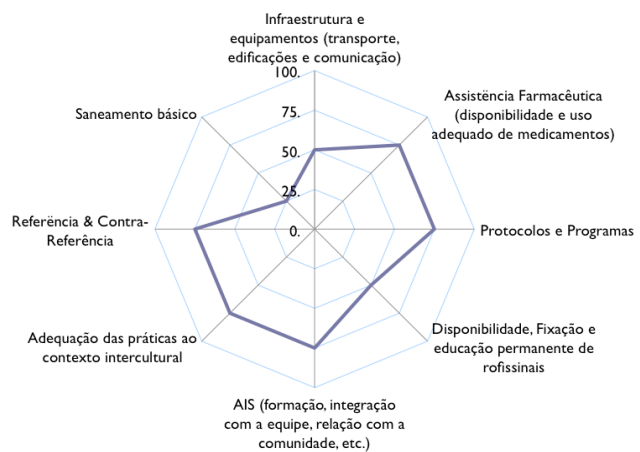


**DSEI-Sul e Sudeste, Out/2008.**

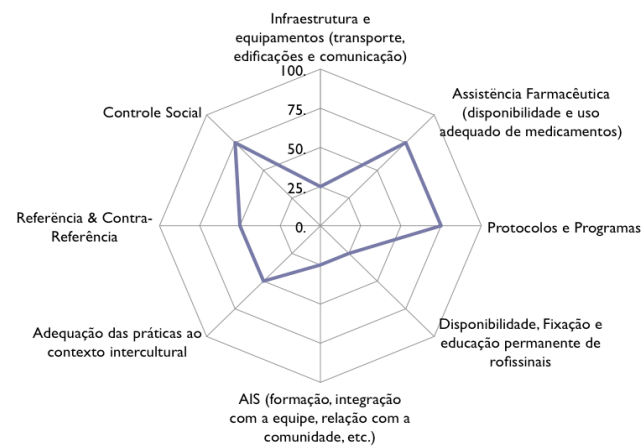


**Oficina Regional 4 – Manaus**

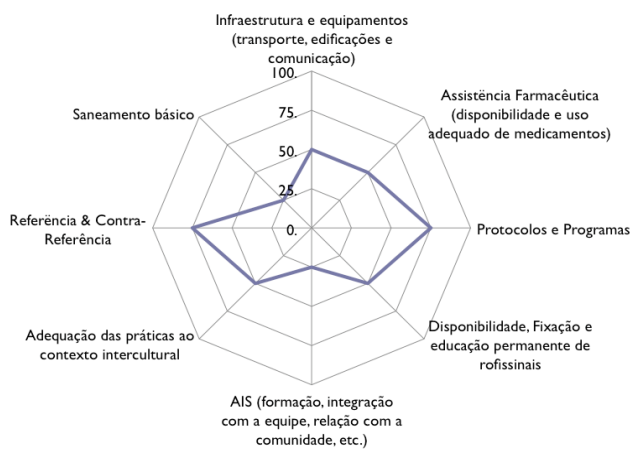
**DSEI-Alto Rio Juruá, nov/2008.**



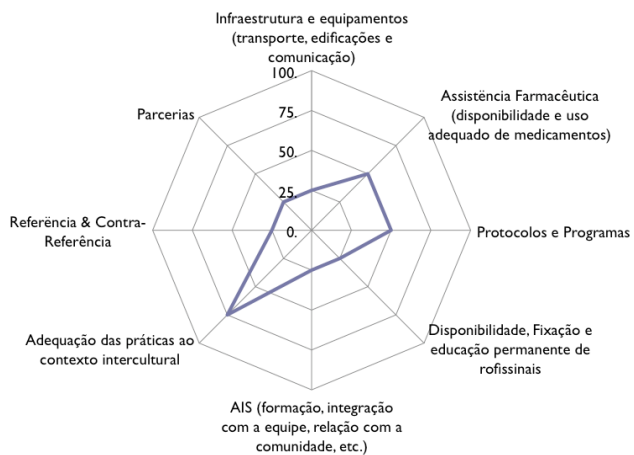
**DSEI-Alto Rio Negro, nov/2008.**



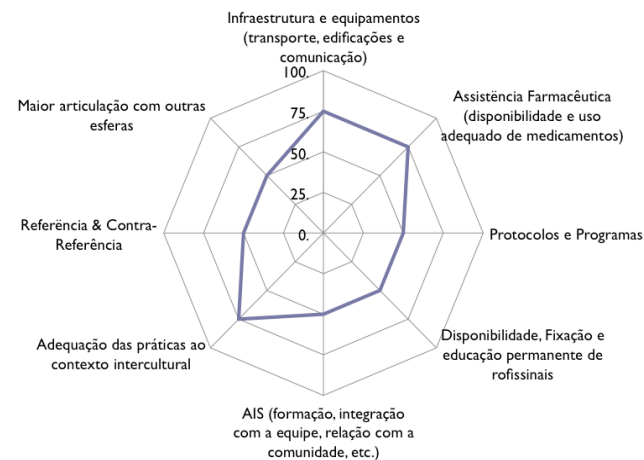
**DSEI- Alto Rio Purus, nov/2008.**



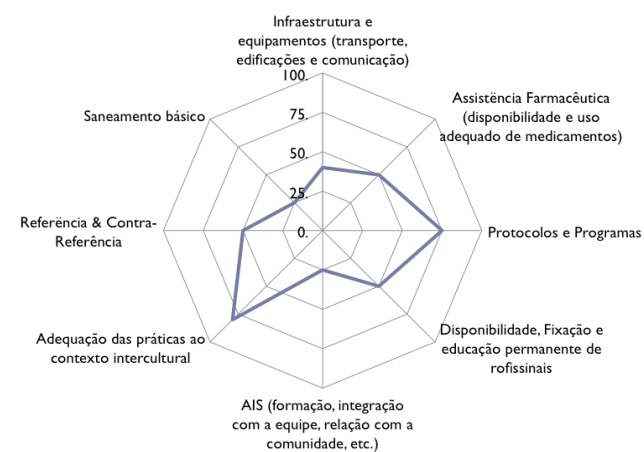
**DSEI-Manaus, nov/2008.**



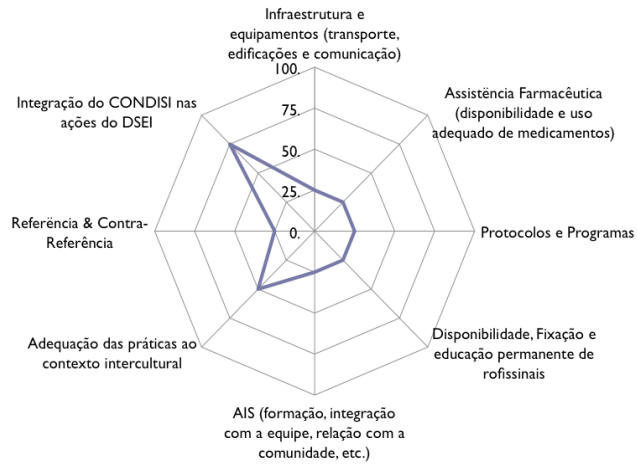
**DSEI-Alto Rio Solimões, nov/2008.**



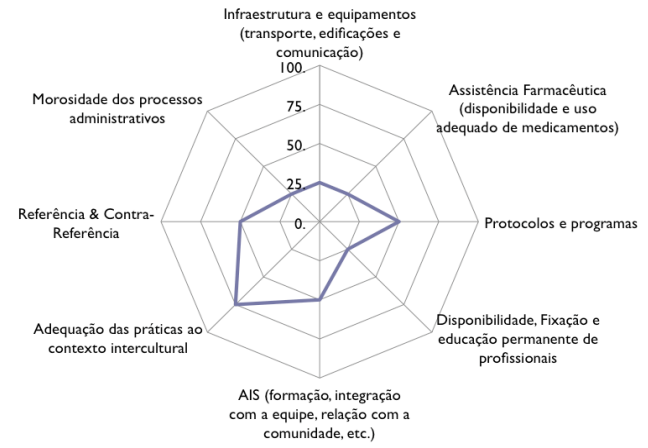
**DSEI- Médio Rio Purus, nov/2008.**



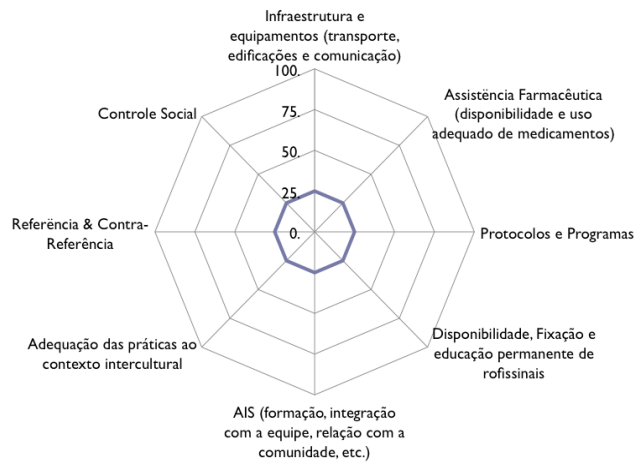
**DSEI-Médio Rio Solimões, nov/2008.**



**DSEI-Parintins, nov/2008**

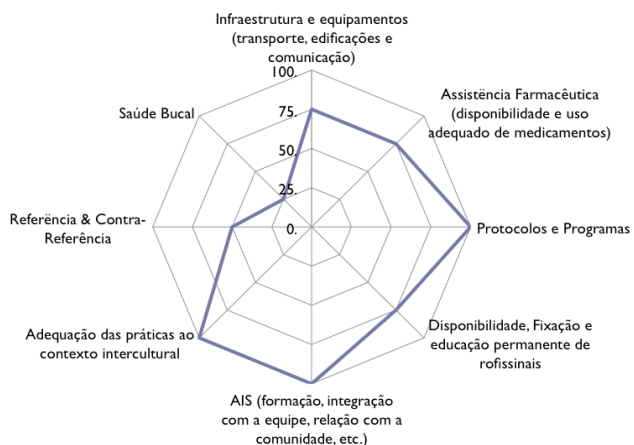


**DSEI- Vale do Javari, nov/2008.**

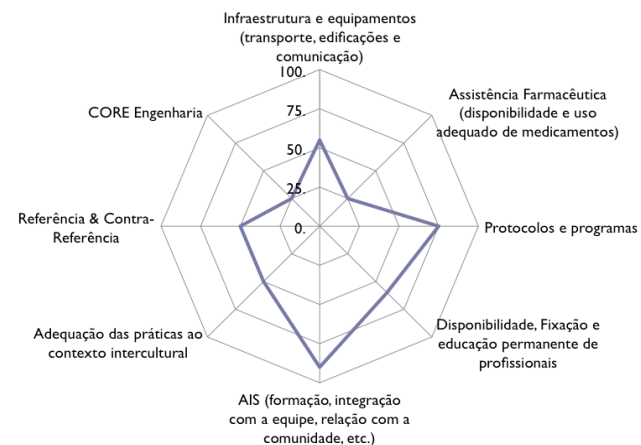


## Oficina Regional 5 – Cuiabá

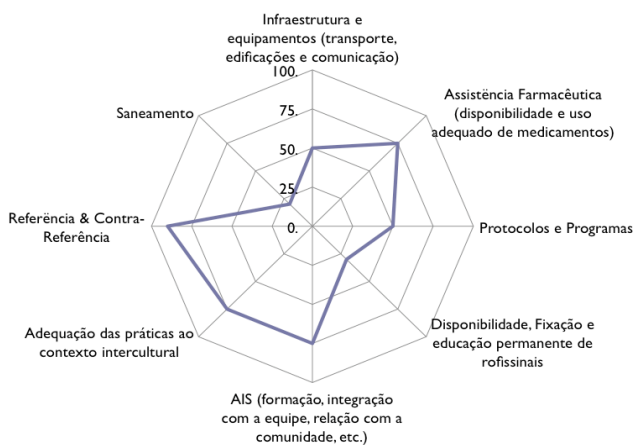
**DSEI- Araguaia, dez/2008.**



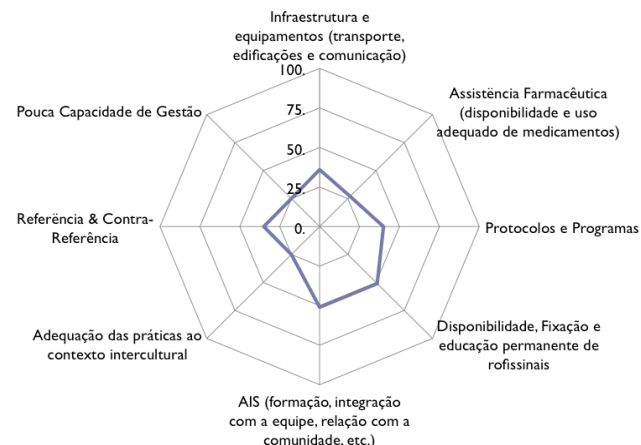
**DSEI-Cuiabá, dez/2008**



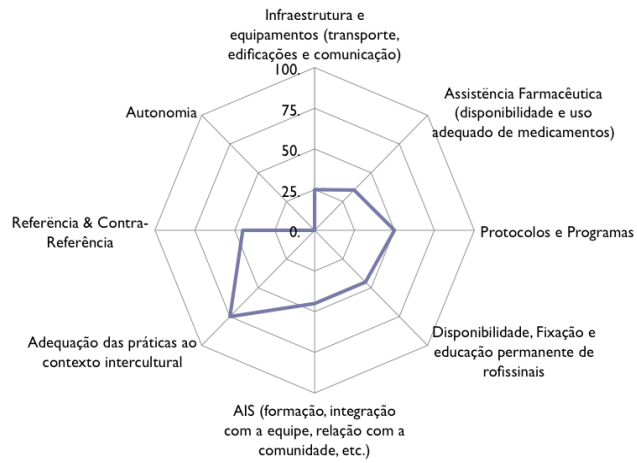
**DSEI-Kaiapó-Colider, dez/2008.**



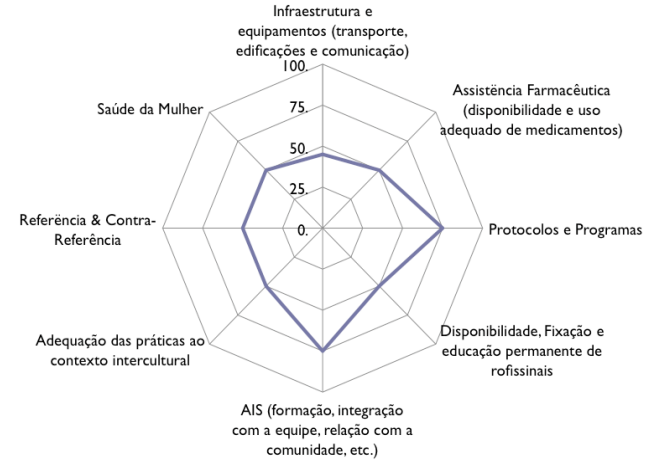
**DSEI-Outros, dez/2008.**



**DSEI-Xavante, dez/2008.**



**DSEI-Xingu, dez/2008.**



Layout de Aranhogramas: Rairond Ceracine Paulino

### **3.3 Priorização dos Pontos Críticos Notados no Diagnóstico**

O chamado “Quadro de Prioridades” ofereceu a possibilidade dos participantes das oficinas, desta vez organizados por segmento, elegerem prioridades para a melhoria do Subsistema de Saúde Indígena. Ainda durante o primeiro dia de atividades, em cada oficina, foi disponibilizado um painel com 14 temas prioritários sugeridos pela equipe da consultoria. Campos adicionais em branco permitiram a adição de novas prioridades caso julgassem necessária.

Os temas identificados a partir da primeira fase do Diagnóstico foram os seguintes:

1. Infraestrutura e equipamentos: transporte, edificações, comunicação
2. Insumos: medicamentos, combustível, outros suprimentos
3. Definição / efetivação de protocolos e programas
4. Adequação das práticas ao contexto intercultural
5. Disponibilidade / rotatividade de profissionais
6. AIS: formação e integração com a equipe
7. Processos administrativos / burocracia
8. Sistemas de informação para acompanhamento / gestão
9. Planejamento e acompanhamento / gestão por metas e resultados
10. Média e alta complexidade / referência & contra-referência
11. Estrutura institucional do Subsistema / definição de responsabilidades
12. Controle Social
13. Autonomia / gestão distrital
14. Alocação de recursos entre DSEIs

Cada participante dispôs de 5 bolinhas de uma mesma cor para votarem nas diversas prioridades oferecidas. As cores representavam o segmento de que o participante fazia parte, como bolinhas verdes para os usuários e vermelhas para os gestores, por exemplo.

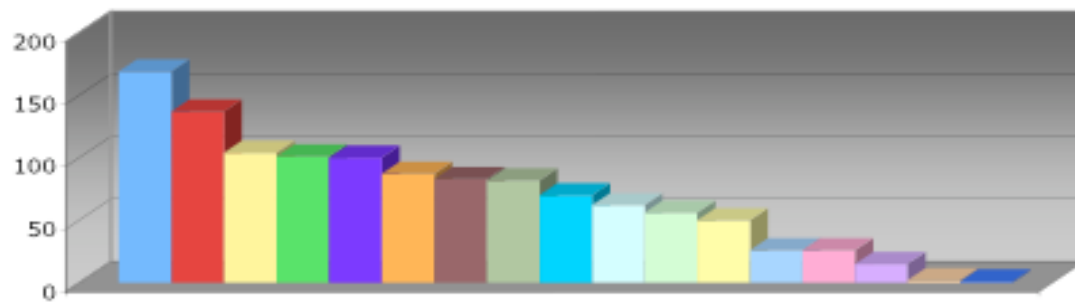
A análise dos resultados indica grandes grupos de temas priorizados:

- No primeiro grupo, aparecem as preocupações com a disponibilidade e a manutenção da infraestrutura necessária para a atenção à saúde, e com a necessidade de garantia da autonomia e do fortalecimento da gestão distrital;
- No segundo grupo, aparecem as preocupações com a formação dos AIS e sua integração com as EMSI, a disponibilidade e os altos níveis de rotatividade dos profissionais e a necessidade de fortalecimento do Controle Social;
- No terceiro grupo, aparecem as preocupações com a morosidade dos processos administrativos, a necessidade do fortalecimento do planejamento e da gestão por resultados e a necessidade de se adequar o fornecimento dos insumos, sobretudo medicamentos;
- No quarto grupo, aparecem as preocupações com os sistemas de informação, a estrutura institucional do Subsistema, a necessidade de fortalecimento da interculturalidade e a garantia e adequação dos fluxos de referência e contra-referência.

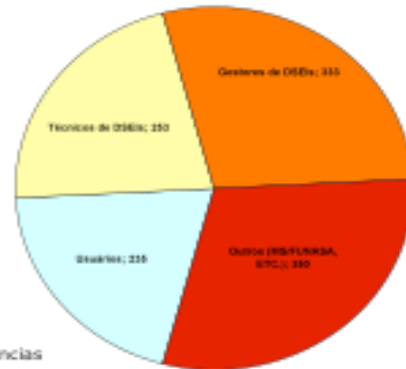
Os demais pontos críticos receberam uma pontuação geralmente menor, embora significativa no agregado, indicando uma menor priorização no elenco dos desafios imediatos do Subsistema.

A seguir, gráfico consolidado de prioridades. Em seguida, tabela consolidada com os votos apurados em cada oficina, em números absolutos e ponderados, respectivamente. A ponderação leva em conta o número de votantes por segmento.

## Oficinas Regionais - Consolidados de prioridades 2008 N= 1107



- Infraestrutura e equipamentos: transporte, edificações, comunicação
- Autonomia / gestão distrital
- AIS: formação e integração com a equipe
- Disponibilidade / rotatividade de profissionais
- Controle Social
- Processos administrativos / burocracia
- Planejamento e acompanhamento por metas e resultados
- Insumos: medicamentos, combustível, outros suprimentos
- Sistemas de informação para acompanhamento / gestão
- Estrutura Institucional do Subsistema / definição de responsabilidades
- Consideração da cultura nas ações
- Média e alta complexidade / referência & contra-referência
- Distribuição de recursos entre DSEIs
- Definição / efetivação de protocolos e programas
- Sistemas de Abastecimento de Água (Poço)
- Capacitação de conselheiros / educação permanente em todas as instâncias
- Envolvimento das divisões da CORE com a missão institucional





	PONTUAÇÃO ABSOLUTA																									
	OR I - João Pessoa					OR II - Belém					OR III - Campo Grande					OR IV - Manaus					OR V - Cuiabá					TOTAL
	usuários	técnicos	gestores	outros	Total	usuários	técnicos	gestores	outros	Total	usuários	técnicos	gestores	outros	Total	usuários	técnicos	gestores	outros	Total	usuários	técnicos	gestores	outros	Total	
01) Infraestrutura e equipamentos: transporte, edificações, comunicação	3	8	10	3	<b>24</b>	2	6	19	4	<b>31</b>	3	11	4	4	<b>22</b>	19	11	17	10	<b>57</b>	10	8	7	10	<b>35</b>	
02) Insumos: medicamentos, combustível, outros suprimentos	3	2	1	0	<b>6</b>	0	2	7	3	<b>12</b>	5	9	4	2	<b>20</b>	4	6	9	4	<b>23</b>	8	6	3	4	<b>21</b>	<b>82</b>
03) Definição / efetivação de protocolos e programas	0	1	5	1	<b>7</b>	0	0	0	2	<b>2</b>	0	2	0	2	<b>4</b>	0	2	0	6	<b>8</b>	1	0	0	4	<b>5</b>	<b>26</b>
04) Disponibilidade / rotatividade de profissionais	0	5	5	6	<b>16</b>	0	5	11	2	<b>18</b>	3	10	4	5	<b>22</b>	2	8	10	12	<b>32</b>	2	3	0	8	<b>13</b>	<b>101</b>
05) AIS: formação e integração com a equipe	0	8	9	9	<b>26</b>	2	3	6	4	<b>15</b>	4	4	2	7	<b>17</b>	15	4	3	10	<b>32</b>	3	2	3	6	<b>14</b>	<b>104</b>
06) Consideração da cultura nas ações	1	3	0	8	<b>12</b>	0	2	0	5	<b>7</b>	6	7	2	4	<b>19</b>	6	0	0	3	<b>9</b>	4	1	1	3	<b>9</b>	<b>56</b>
07) Processos administrativos / burocracia	2	1	8	2	<b>13</b>	1	2	10	3	<b>16</b>	2	1	6	3	<b>12</b>	4	0	15	7	<b>26</b>	1	5	6	8	<b>20</b>	<b>87</b>
08) Sistemas de informação para acompanhamento / gestão	0	4	6	5	<b>15</b>	0	0	7	4	<b>11</b>	0	9	3	5	<b>17</b>	2	2	3	8	<b>15</b>	2	3	2	5	<b>12</b>	<b>70</b>
09) Planejamento e acompanhamento por metas e resultados	0	7	8	10	<b>25</b>	0	2	4	3	<b>9</b>	0	5	3	9	<b>17</b>	1	5	1	6	<b>13</b>	1	2	3	13	<b>19</b>	<b>83</b>
10) Média e alta complexidade / referência & contra-referência	1	4	4	5	<b>14</b>	1	0	2	2	<b>5</b>	3	5	1	3	<b>12</b>	3	5	0	3	<b>11</b>	2	2	0	4	<b>8</b>	<b>50</b>
11) Estrutura institucional do Subsistema / definição de responsabilidades	0	3	5	7	<b>15</b>	1	0	1	4	<b>6</b>	5	4	5	4	<b>18</b>	3	0	0	7	<b>10</b>	7	1	2	3	<b>13</b>	<b>62</b>
12) Controle Social	3	12	6	9	<b>30</b>	3	1	5	7	<b>16</b>	9	3	2	6	<b>20</b>	11	2	0	5	<b>18</b>	6	5	1	4	<b>16</b>	<b>100</b>
13) Autonomia / gestão distrital	1	2	11	8	<b>22</b>	2	1	16	2	<b>21</b>	7	4	4	6	<b>21</b>	16	1	14	7	<b>38</b>	8	7	12	8	<b>35</b>	<b>137</b>
14) Distribuição de recursos entre DSEIs	1	0	1	2	<b>4</b>	2	0	4	0	<b>6</b>	3	0	0	0	<b>3</b>	5	2	5	1	<b>13</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>26</b>
15) Envolvimento das divisões da CORE com a missão institucional						0	0	1	0	<b>1</b>																<b>1</b>
16) Capacitação de conselheiros / educação permanente em todas as instâncias						1	0	1	0	<b>2</b>																<b>2</b>
17) Sistemas de Abastecimento de Água (Poço)																9	2	3	1	<b>15</b>						<b>15</b>
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>60</b>	<b>79</b>	<b>75</b>	<b>229</b>	<b>15</b>	<b>24</b>	<b>94</b>	<b>45</b>	<b>178</b>	<b>50</b>	<b>74</b>	<b>40</b>	<b>60</b>	<b>224</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>80</b>	<b>90</b>	<b>320</b>	<b>55</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>80</b>	<b>220</b>	<b>1171</b>

	<b>PONTUAÇÃO PONDERADA</b>																									
	<b>OR I - João Pessoa</b>					<b>OR II - Belém</b>					<b>OR III - Campo Grande</b>					<b>OR IV - Manaus</b>					<b>OR V - Cuiabá</b>					<b>TOTAL</b>
	usuários	técnicos	gestores	outros	<b>Total</b>	usuários	técnicos	gestores	outros	<b>Total</b>	usuários	técnicos	gestores	outros	<b>Total</b>	usuários	técnicos	gestores	outros	<b>Total</b>	usuários	técnicos	gestores	outros	<b>Total</b>	
01) Infraestrutura e equipamentos: transporte, edificações, comunicação	16	11	10	3	<b>40</b>	13	24	19	8	<b>64</b>	4	11	7	5	<b>27</b>	19	22	21	11	<b>73</b>	15	14	14	10	<b>53</b>	
02) Insumos: medicamentos, combustível, outros suprimentos	16	3	1	0	<b>20</b>	0	8	7	6	<b>21</b>	7	9	7	2	<b>25</b>	4	12	11	4	<b>31</b>	12	11	6	4	<b>33</b>	<b>130</b>
03) Definição / efetivação de protocolos e programas	0	1	5	1	<b>7</b>	0	0	0	4	<b>4</b>	0	2	0	2	<b>4</b>	0	4	0	7	<b>11</b>	1	0	0	4	<b>5</b>	<b>31</b>
04) Disponibilidade / rotatividade de profissionais	0	7	5	6	<b>18</b>	0	20	11	4	<b>35</b>	4	10	7	6	<b>27</b>	2	16	13	13	<b>44</b>	3	5	0	8	<b>16</b>	<b>140</b>
05) AIS: formação e integração com a equipe	0	11	9	9	<b>29</b>	13	12	6	8	<b>39</b>	6	4	4	9	<b>23</b>	15	8	4	11	<b>38</b>	4	4	6	6	<b>20</b>	<b>149</b>
06) Consideração da cultura nas ações	5	4	0	8	<b>17</b>	0	8	0	10	<b>18</b>	9	7	4	5	<b>25</b>	6	0	0	3	<b>9</b>	6	2	2	3	<b>13</b>	<b>82</b>
07) Processos administrativos / burocracia	11	1	8	2	<b>22</b>	6	8	10	6	<b>30</b>	3	1	11	4	<b>19</b>	4	0	19	8	<b>31</b>	1	9	12	8	<b>30</b>	<b>132</b>
08) Sistemas de informação para acompanhamento / gestão	0	5	6	5	<b>16</b>	0	0	7	8	<b>15</b>	0	9	6	6	<b>21</b>	2	4	4	9	<b>19</b>	3	5	4	5	<b>17</b>	<b>88</b>
09) Planejamento e acompanhamento por metas e resultados	0	9	8	11	<b>28</b>	0	8	4	6	<b>18</b>	0	5	6	11	<b>22</b>	1	10	1	7	<b>19</b>	1	4	6	13	<b>24</b>	<b>111</b>
10) Média e alta complexidade / referência & contra-referência	5	5	4	5	<b>19</b>	6	0	2	4	<b>12</b>	4	5	2	4	<b>15</b>	3	10	0	3	<b>16</b>	3	4	0	4	<b>11</b>	<b>73</b>
11) Estrutura institucional do Subsistema / definição de responsabilidades	0	4	5	7	<b>16</b>	6	0	1	8	<b>15</b>	7	4	9	5	<b>25</b>	3	0	0	8	<b>11</b>	10	2	4	3	<b>19</b>	<b>86</b>
12) Controle Social	16	16	6	9	<b>47</b>	19	4	5	15	<b>43</b>	13	3	4	7	<b>27</b>	11	4	0	6	<b>21</b>	9	9	2	4	<b>24</b>	<b>162</b>
13) Autonomia / gestão distrital	5	3	11	8	<b>27</b>	13	4	16	4	<b>37</b>	10	4	7	7	<b>28</b>	16	2	18	8	<b>44</b>	12	12	24	8	<b>56</b>	<b>192</b>
14) Distribuição de recursos entre DSEIs	5	0	1	2	<b>8</b>	13	0	4	0	<b>17</b>	4	0	0	0	<b>4</b>	5	4	6	1	<b>16</b>	0	0	0	0	<b>0</b>	<b>45</b>

	<b>PONTUAÇÃO PONDERADA</b>																														
	<b>OR I - João Pessoa</b>					<b>OR II - Belém</b>					<b>OR III - Campo Grande</b>					<b>OR IV - Manaus</b>					<b>OR V - Cuiabá</b>					<b>TOTAL</b>					
	usuários	técnicos	gestores	outros	<b>Total</b>	usuários	técnicos	gestores	outros	<b>Total</b>	usuários	técnicos	gestores	outros	<b>Total</b>	usuários	técnicos	gestores	outros	<b>Total</b>	usuários	técnicos	gestores	outros	<b>Total</b>						
15) Envolvimento das divisões da CORE com a missão institucional						0	0	1	0	<b>1</b>																					
16) Capacitação de conselheiros / educação permanente em todas as instâncias						6	0	1	0	<b>7</b>																					<b>7</b>
17) Sistemas de Abastecimento de Água (Poço)																9	4	4	1	<b>18</b>											<b>18</b>
<b>TOTAL</b>	79	80	79	76	<b>314</b>	95	96	94	91	<b>376</b>	71	74	74	73	<b>292</b>	100	100	101	100	<b>401</b>	80	81	80	80	<b>321</b>						<b>1704</b>

## Referências Bibliográficas

- ABRAHÃO, A. L. *Atenção Primária e o processo de trabalho em saúde. Informe-se em promoção da saúde*, vol3, n.1-p.1-3. 2007 disponível em <http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>
- ADAMS, K. and Price D. *The Demography of Small-Scale societies: Cases studies from Lowland South America*. South American Indian Studies, number 4, – Bennington College, Vermont, EUA. 1994
- AERTS D, DRACHLER ML, GIUGLIANI ERJ. *Determinants of growth retardation in Southern Brazil*. Cad. Saúde Pública 2004; 20:1182-90.
- AGÊNCIA BRASIL. *Cacique critica precariedade do atendimento à saúde indígena*. O Estado de São Paulo. São Félix do Xingu, PA. Disponível em: [http://www.estadao.com.br/nacional/not\\_nac218835,0.htm](http://www.estadao.com.br/nacional/not_nac218835,0.htm). Acesso em: 2 Set 2008.
- ALBERT, B. 2000a. *Na Amazônia: Entre a nova Constituição e o 'mercado de projetos'*. In: Instituto Socioambiental, novembro de 2000. Disponível em: [www.socioambiental.org](http://www.socioambiental.org).
- ALBERT, B. 2000b. *Associações indígenas e Desenvolvimento Sustentável na Amazônia brasileira*. In: Povos Indígenas no Brasil 1996-2000, Carlos Alberto Ricardo (Ed.), São Paulo: Instituto Socioambiental (ISA): 197-207.
- ALBRING L, VARGAS VRA, SCHMITT VM. *O Câncer do Colo do Útero em Mulheres de Populações Indígenas do Brasil e Fronteiras da América do Sul: Revisão Sistemática*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia). Universidade Regional Integrada/ Campus Santo Angelo, 2005.
- AMARANTE JM, COSTA VLA, MONTEIRO J. *O controle da tuberculose entre os índios Yanomami do alto Rio Negro*. Boletim de Pneumologia Sanitária, 11 (2):5-12, 2003.
- AMARANTE JM, MAGALHÃES E. *Avaliação das ações de controle da tuberculose no DSY*. Relatório de Consultoria/Funasa. Boa Vista, 2003.
- AMARANTE Jorge Meireles, COSTA Vera Lucia de Araújo. *A tuberculose nas comunidades indígenas na virada do século*. Boletim de Pneumologia Sanitária, 2000; 8(2): 5-12.
- AMIGO H, ERAZO M, BUSTOS P. *Altura de padres e hijos chilenos de diferente etnia y vulnerabilidad social*. Salud Publica Mex 2000; 42: 504-10.
- ATHIAS, Renato & MACHADO, Marina. 2001. *A saúde indígena no processo de implementação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar*. In: Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(2): 425-431, mar.-abr., 2001.
- ATHIAS, Renato. 2005. *A Saúde Indígena como subsistema do SUS. Lei 8.080, Cap.V. NEPP*, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Artigo não publicado. Pg. 10.

- ATHIAS, Renato. *Movimento Indígena e Políticas Públicas - Autonomia, Representação e Poder*. Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Etnicidade. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Universidade Federal de Pernambuco, pp. 1-30.
- AZEVEDO, M. “Fontes de dados sobre as populações indígenas brasileiras da Amazônia” in *Cadernos de Estudos Sociais*, n. 13, Fundação Joaquim Nabuco, Recife, PE.
- BARATA RCB. *Malária no Brasil: Panorama Epidemiológico na Última Década*. *Cadernos de Saúde Pública*, 1995; 11(1): 128-136.
- BARRETO LINS VERANI, Cibele. 1999. *A atenção à saúde dos povos indígenas: breve histórico*. *Boletim da ABA*, nº 31 - 1º Semestre de 1999. Disponível em [http://www.unicamp.br/aba/boletins/b31/b31\\_08.htm](http://www.unicamp.br/aba/boletins/b31/b31_08.htm)
- BARUZZI Roberto Geraldo, BARROS Vera Lucia de, RODRIGUES Douglas et al. *Saúde e doença em índios Panará (Kreen-Akarôre) após vinte e cinco anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência de tuberculose (Brasil Central)*. *Cad. Saúde Pública*, 2001; 17 (2): 407-412.
- BASTA PC, COIMBRA JR. CEA, ESCOBAR AL, SANTOS RV. *Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil*. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2004; 37(4):338-342.
- BITTENCOURT, Maria ; TOLEDO Maria. E; ARGENTINO, Simone; OLIVEIRA, Lavínia,S. *Acre, Rio Negro, Xingu, Sistematização da Formação de Agentes de Saúde Indígena*. São Paulo: Associação Saúde Sem Limites, 2005, pg. 42 – 45.
- BRAND, A. 2002. *Mudanças e continuísmos na política indigenista pós-1988*. In: BARROSO-HOFFMANN, M. e Antônio C. de Souza Lima (organizadores). *Estado e Povos Indígenas: bases para uma nova política indigenista II*. Rio de Janeiro: Contra Capa e LACED, pp. 31 - 38
- BRASIL. CASA CIVIL. *Decreto Nº 3.156* [Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde (...)]. Brasília: DOU, 28 Ago 1999.
- BRASIL. CASA CIVIL. *Lei Complementar Nº 101* [Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências]. Brasília: DOU, 04 Mai 2000.
- BRASIL. *Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (Lei nº 9394/96)*.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. Disponível em <http://www.funai.gov.br/funai.htm> Acesso em setembro 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA - Decit. *Base de Dados Gerencial*. Disponível em <http://200.214.130.94/bdgddecit/index.php> Acesso em setembro 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional Básica do SUS – NOB-SUS 01/96* [Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão]. Brasília: DOU, 06 Nov 1996.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria GM n. 3237, de 24 de dezembro de 2007.* 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](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_3237_atencao_basica.pdf). Acesso em: 04 set 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria GM n. 3916, de 30 de outubro de 1998b.* Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998. s. 1, n. 215-E, p. 18.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria MS Nº 1.776* [Aprova o Regimento Interno da Fundação Nacional de Saúde – Funasa]. Brasília: DOU, 09 Set 2003.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria MS Nº 2.656* [Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas]. Brasília: DOU, 18 Out 2007.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria MS-GM Nº 1.163* [Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências]. Brasília: DOU, 15 Set 1999.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria MS-GM Nº 1.235* [Cria a Comissão de Estudo para elaboração de uma Política de Recursos Humanos para o Subsistema de Saúde Indígena]. Brasília: DOU, 20 Jun 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria MS-GM Nº 399* [Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde]. Brasília: DOU, 22 Fev 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria MS-GM Nº 548* [Orientações gerais para a elaboração e aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS]. Brasília: DOU, 12 Abr 2001.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria MS-GM Nº 70* [Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena]. Brasília: DOU, 21 Jan 2004.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria Nº 1.776, de 8 de setembro de 2003.* Aprova o Regimento Interno da Fundação Nacional de Saúde – Funasa.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria SAS no. 475 de 1 de setembro de 2008.* Inclui na Tabela de Estabelecimentos do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - SCNES, o tipo de estabelecimento 72 - UNIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE INDIGENA e seus subtipos.
- 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. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Portaria n. 344, de 12 de maio de 1998a*. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 fev. 1999* (versão republicada).
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio: tema específico da 8ª Conferência Nacional de Saúde [Programa e Relatório final]*. Brasília: MS, 26 a 29 Mai 1986. 12 p. [mimeo]
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Decreto nº 51154/2004/MS*.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Diretrizes para implantar o Programa de DST/AIDS*. Org: Vera Lopes dos Santos. Brasília, 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. (2006). 4º *Conferência Nacional de Saúde Indígena. Relatório Final*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. 2008 *Acompanhamento de RH atuando na Saúde Indígena/Dezembro de 2007*.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Diretrizes para a Atenção à saúde bucal nos DSEIs: manual técnico/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007*.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Dados de Produção de Saúde Bucal –2007*, SIASI, Funasa,
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde - Módulo Introdutório*. Brasília, 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *III Conferência Nacional de Saúde Bucal*. (3:2005: Brasília,DF)
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – Funasa/MS*.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Portaria NR. 840, de 15 de agosto de 2007*. Estabelece as diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Relatório Anual de Atividades de Atenção Integral À Saúde Indígena – 2007/ Fundação Nacional de Saúde.- Brasília: Funasa, 2008*.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Relatório da Oficina Formação e Inserção Profissional dos Agentes Indígenas de Saúde - AIS e Agentes Indígenas de Saneamento – AISAN*. DESAI, 2008. 9p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. 2004 – *Relatório COPAS/2004 (Anexo 2)*.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. 2005 - *Módulos do curso Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde*, Funasa/MS2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. 2008 - *Capacitações de Saúde Indígena 2007, Coordenação de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos (CODER)*.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. 2008: *Relatório da Oficina de Formação e Inserção Profissional dos Agentes Indígenas de Saúde - Ais e Agentes Indígenas de Saneamento – AISAN*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. 2008. *Relatório Anual de Atividades de Atenção integral à Saúde Indígena – 2007*: Brasília: Funasa, 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. DESAI/CGASI/COOPE. *Validação de estabelecimento e ambientes antes do cadastro no CNES*. Autores: Lúcia Maria da Costa Monteiro, Elizabeth Pinheiro de Albuquerque. Brasília, dezembro de 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Diagnóstico de Saúde da População Indígena do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: 1995-1996.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Modelo de Gestão da Saúde Indígena – versão preliminar*. Brasília: MS-Funasa, 2003. 66 p. [mimeo]
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Módulos do curso Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde*, Funasa/MS2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Município de Pesqueira. *Termo de Pactuação nº 001/2008*. Pesqueira, PE: 17 Abr 2008. 5 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Nota Técnica Atualizada de Vigilância Alimentar e Nutricional*. Brasília, atualizada em 29/02/2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Planilha de Levantamento Diário da Situação dos Convênios 2004-2007*. Dados tabulados – Funasa-MS/Coordenação de Planejamento e Avaliação, Ago 2008a.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Planilha Demonstrativa das Despesas Pactuadas nos Convênios Celebrados em 2004*. Dados tabulados – Funasa-MS/Coordenação Geral de Planejamento e Avaliação/Assessoria de Convênios, Ago 2008b.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Planos Distritais de Saúde – período 2008 a 2010*, DESAI, Funasa, 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal Indígena*. 2 edição- Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002, 40p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2000)*. 2ª ed. Brasília: MS-Funasa, 2002. 40 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: MS, 2002. 40 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Política Nacional de Saúde Bucal*: Brasília, Ministério da Saúde, 2004.



- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Portaria FNS N° 705* [Institui, no âmbito da Presidência da Funasa, Grupo de Trabalho, com a finalidade exclusiva de elaborar proposta para recomposição da força de trabalho da Funasa]. Brasília: DOU, 21 Jun 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Regimento Interno / Funasa/MS.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Relatório anual de atividades de atenção integral à saúde indígena – 2007.* Fundação Nacional de Saúde. Brasília, 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Relatório de Morbimortalidade - 2002.* DESAI/ASCOM. Brasília, 2003.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Reunião de Planejamento das ações da saúde indígena [Apresentações].* Brasília, 04 a 08/08/2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Revista 15 anos - Funasa (2006)* <http://www.funasa.gov.br/Web/Funasa/fns/PDF/15-anos.pdf>
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual Técnico para o Controle da Tuberculose.* Série A. Caderno de Atenção Básica n° 6. Brasília, 2002.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.* Brasília: Funasa, 2002.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Básica / MS.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde 2006, vol. 4, 4ª. ed., 2007.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher. Princípios e diretrizes.* Brasília, DF. 2004
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/CEBRAP. *Pesquisa nacional sobre demografia e saúde (PNDS), 2006.* <http://www.saude.gov.br/pnds2006>.
- BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. *Termo de Conciliação Judicial – Processo N° 0751-2007-018-10-00-4.* Brasília, 10 Jul 2008. 8 p.
- CAPELLI JCS, KOIFMAN S. *Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parkatêjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil.* Cad Saúde Pública 2001; 17:433-7.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. 2001. *Sobre o diálogo intolerante.* In: GRUPIONI, L.D., VIDAL, L. & FISCHMANN, R. (organizadores). 2001. *Povos indígenas e tolerância.* São Paulo: Edusp/Unesco. Pp. 245-252.
- CELADE Centro Latinoamericano de Demografía *Estudios Sociodemográficos de Pueblos Indígenas.* Chile, CELADE e FNUAP. 1994.

- CHAVES, Maria de Betania Garcia, CARDOSO, Andrey Moreira and ALMEIDA, Celia. *Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. Cad. Saúde Pública*, Feb. 2006, vol.22, no.2, p.295-305.
- COIMBRA JR. CEA. *Entrevista ao Conselho Regional de Farmácia do Estado do Pará.* <http://www.crfpa.org.br/Noticias/fevereiro/2007/2602not684.htm>
- COIMBRA Jr. et al *The Xavante in Transition. Health, Ecology and Bioanthropology in Central Brazil.* Ann Arbor, The University of Michigan Press. 2002
- COIMBRA JR.; GARNELO; CÉSAR BASTA; VENTURA SANTOS: *idem.*
- COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007, *Social determinants and Indigenous Health: the International experience and its policy implications.* Geneva: CSDH
- CONKLIN, B. *Images of Health, Illness and Death among the Wari' (Pakaas Novos) of Rondônia, Brazil.* Ph. D. in Medical Anthropology, San Francisco: University of California, 1989.
- 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.
- CONSELHO INDÍGENA DO VALE DO JAVARI. *Reivindicações das Lideranças Indígenas do Vale do Javari para o Ministério Público.* Atalaia do Norte, AM: 12 Abr 2007. 5 p.
- DIEHL EE, DRACHLER ML, MENEGOLLA IA, RODRIGUES IH. *Financiamento e atenção à saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul.* In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003. p.217-34.
- 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* ed. Rio de Janeiro : Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p. 149-169.
- DIEHL, E.E. *Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xaçupé, Santa Catarina, Brasil).* 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- DRACHLER ML, CORTÊS SMV, coordenadoras. *Pesquisa avaliativa de desigualdades em saúde no Rio Grande do Sul.* Relatório final. Porto Alegre: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul; 2003. Processo No 99/0650.9.
- DUARTE EC et al. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório.* Organização Panamericana da Saúde. Brasília, 2002. 123 p.
- EARLY, John D. and Peters, John F. *The Population Dynamics of the Muçajai Yanomama.* Academic Press. 1990
- ELIAS, Norbert. 2000. *Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. Endangerous world. The University of Arizona Press, 1995. p. 121-148.

- ENGSTRON EM, ANJOS LA. *Déficit altural nas crianças brasileiras: Relação com condições socioambientais e estado nutricional materno*. Cad Saúde Pública 1999; 15:559-67.
- ESCOBAR AL, SANTOS RV, COIMBRA JR CEA. *Avaliação nutricional de crianças indígenas Pakaánova (Wari'), Rondônia, Brasil*. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2003; 3:457-61.
- ESCOBAR AL. *Epidemiologia da tuberculose na população indígena Pakaanóva (Wari'), Estado de Rondônia, Brasil*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- ESCOBAR A. L., COIMBRA JR. Carlos E. A., CAMACHO Luiz A. et al. *Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil*. Cad. Saúde Pública, 2001; 17(2):285-298.
- ESCOBAR, A. L.; RODRIGUES, A. F.; ALVES, C. L. M.; ORELLANA, J. D. Y.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. *Causas de internação hospitalar no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) de Porto Velho (1998 – 2001)*. In: COIMBRA Jr., C. E. A. (org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 2003.
- FAVARO T, RIBAS DLB, ZORZATTO JR, CORRÊA MAS, PANIGASI G. *Insegurança Alimentar em Famílias Indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil*. In: XI Congresso Mundial de Saúde Pública, 2006, Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro :ABRASCO, 2006.
- FLOWERS, Nancy “*Demographic crisis and recovery: a case study of the Xavante of Pimentel Barbosa*” in *The Demography of Small-Scale societies: Cases studies from Lowland South America*. South American Indian Studies, number 4 – Bennington College. 1994
- FORTE FDB. *Apresentação*. In: Brasil.Fundação Nacional de Saúde. *Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas: regulamentação dos incentivos*. Brasília: MS-Funasa, 2007. pp. 3-4.
- FRONGILLO EA; ONIS M, HANSON KMP. *Socioeconomic and demographic factors are associated with worldwide patterns of stunting and wasting of children*. J Nutrition 1997; 127:2302-09.
- GARNELO & WRIGHT, Robin. *Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa*. IN: Cad. Saúde Pública v.17 n.2 Rio de Janeiro mar./abr. 2001.
- GARNELO, L. & BRANDÃO, LC. *Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no Estado do Amazonas*. In COIMBRA, CEA; SANTOS, RV e ESCOBAR, L. (orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. pp. 225-257.
- GARNELO, Luiza & SAMPAIO, Sully. *Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde*. IN: Cad. Saúde Pública v.21 n.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2005.
- GUGELMIN AS. *Nutrição e alocação de tempo dos Xavantes de Pimentel Barbosa, Mato Grosso: um estudo em ecologia humana e mudanças* [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1995.

- HABITCH JP *et al.* Height and weight standards for preschool children: how relevant are ethnic differences in growth potential. *Lancet*, 1974; (6): 611-612.
- HALL, G. e H. PATRINOS, 2005, *Indigenous Peoples, Poverty and Human Development in Latin America: 1994 – 2004*. Londres: Palgrave Macmillan
- HOLMES, R. *Small is adaptative: nutritional anthropometry of native*. In: SPONSEL LE. *Indigenous people and the future of Amazonia*;
- IANELLI RV. *Epidemiologia da malária em populações indígenas da Amazônia*. In: *Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais*. BARATA R, BRICEÑO R. Ed. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2000.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde – Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). 2005. *Povos Indígenas no Brasil – 2001/2005*. ISA.
- INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONOMICOS (INESC). 2000. *Políticas públicas para povos indígenas uma análise a partir do orçamento*. INESC, outubro de 2000. (41 pgs)
- INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). *Secoya paralisa atendimento de saúde aos Yanomami e culpa a Funasa*. Disponível em: <http://www.socioambiental.org/nsa/detalhe?id=2744>. Acesso em: 05 Set 2008.
- KAC G. *Tendência secular em altura: uma revisão de literatura*. *Cad Saúde Publica* 1999; 15:451-61.
- LANGDON, E.J. & GARNELLO, L. (orgs) (2004) *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre Saúde participativa*. ABA/Contracapa (RJ)
- LANGDON, E.J.; ROJAS, B.G. *Saúde: um fator ignorado numa situação de mudança rápida - A situação da Área Indígena Ibirama (SC)*. In: *A Barragem de Ibirama e as Populações Atingidas na Área Indígena - Documento Denúncia* (S.C. Santos), Florianópolis, *Boletim de Ciências Sociais*, 51/51: 65-89, 1991.
- LANGDON, Esther Jean & DIEHL, Eliana E. “Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. IN: *Saúde e Sociedade*, v.16 n.2 São Paulo maio/ago. 2007, pp. 1-30.
- LARREA C, FREIRE W. *Social inequality and child malnutrition in four Andean countries*. *Revista Panam Salud Publica* 2002; 11(5-6): 356-64.
- LIMA MG, KOIFMAN S, SCAPULATEMPO IL *et al.* *Fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas Teréna de área rural, Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil*. *Cad. Saúde Pública*, Nov./Dec. 2001, vol.17, no.6, p.1537-1544.
- LIMA, Débora & POZZOBON Jorge. 2005. *Amazônia socioambiental. Sustentabilidade ecológica e diversidade social*. In: *Estudos Avançados*: São Paulo. Vol. 9, n. 54.
- MAGALHÃES, Edgard e CAVALCANTI, Luciano. *Morbi-Mortalidade Yanomami – 1991 a 1997*. Boa Vista, RR: UFRR/FIOCRUZ, 1998.
- MARTINS SJ, MENEZES RC. *Evolução do estado nutricional de menores de cinco anos em aldeias indígenas da tribo Parakanã, na Amazônia Oriental Brasileira (1989-1991)*. *Rev Saúde Pública* 1994; 28:1-8.

- MENDES, E.V, *Distrito Sanitário: Conceitos Chaves. In: Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias no SUS*, Mendes, E. V; HUI TEC- Abrasco, 4 edição 1999
- MENEGOLLA IA, DRACHLER ML, RODRIGUES IH et ali. *Estado nutricional e fatores associados à estatura de crianças da Terra Indígena Guarita, Sul do Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2006; 22 (2):395-406.
- MENEGOLLA IA, FUKUOKA E, RODRIGUES IH. *Investigação de óbitos de crianças menores de 5 anos da Terra Indígena Guarita, município de Redentora/RS*. Rev Bras Epidemiologia 2002; (Suppl):229.
- MENEGOLLA IA, LOBO MSC, PITHAN OA, VARGAS I, RAMOS AR. *Distrito Sanitário Yanomami - Relatório de Atividades e Diagnóstico de Saúde*. MINISTÉRIO DA SAÚDE/FNS. Boa Vista, 1992.
- MENEGOLLA IA, RODRIGUES IH, DRACHLER ML. *Mortalidade de crianças indígenas: estratégias para qualificar os indicadores*. Rev Ciência & Saúde Coletiva 2003; 8 (I Suppl): 630.
- MENEGOLLA IA, RODRIGUES IH. *Mortalidade em populações indígenas do Rio Grande do Sul/Brasil, 2003-2007*. ASAI/CORE-RS. Porto Alegre, 2008.
- MENEGOLLA IA. *A saúde da mulher Yanomami: avaliação epidemiológica. Relatório de consultoria*. Fundação Universidade de Brasília/Funasa, 2006.
- MENEGOLLA IA. *Endemias Locais no Distrito Sanitário Yanomami*. Fundação Universidade de Brasília. Boa Vista, 2006
- MERHY,E.E; *Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde In: MERHY,E.E&ONOCKO,R. Agir em Saúde. Um desafio para o público*. HUI TEC, S.Paulo, 1997. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Huitec, São Paulo, 2007
- MONTEIRO, John Manuel – 1994 – “A dança dos números: a população indígena do Brasil desde 1500” in Tempo de Presença, ano 16, n. 273.
- MONTENEGRO, R. e C. STEPHENS, 2006, *Indigenous health in Latin America and the Caribbean The Lancet* Vol. 367 (junho)
- MORAIS, P, 2005 – Produto de Consultoria 5º Etapa (Vigisus/Unesco) 2005/2006, COPAS/DESAI. (Anexo I).
- MORAIS, P, 2006 – Produto Consultoria Vigisus/Pnud – COPAS/DESAI. (Anexo IIB).
- MORAIS, P, 2007 - Produto de Consultoria 2ª Etapa (Vigisus/Pnud-COPAS/DESAI) Julho de 2007
- MORAIS, P, 2007 – Produto de Consultoria 1ª Etapa (Vigisus/Pnud – COPAS 2007)
- 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, 64: 69-76, 1998.
- NUNES, C. A; *Processo de Trabalho em saúde: Treinamento Introdutório das equipes de saúde da família. Módulo do monitor (Mimeo)*

- OLIVEIRA, C.M; CASANOVA. A. *Vigilância da Saúde no Espaço de Práticas da atenção Básica: Ciência e Saúde Coletiva*, vol 35 n2, 2007
- OZÓRIO, Lucia. *A interculturalidade e seus inúmeros começos comunitários*. IN: *Psicol. Soc.* v.17 n.3 Porto Alegre set./dez. 2005, pp. 1-22.
- PACHECO DE OLIVEIRA, João (org.) 1998. *Indigenismo e Territorialização*. Ed. ContraCapa: Rio de Janeiro.
- PAGLIARO, Heloísa *A Revolução Demográfica dos Povos Indígenas do Brasil: a experiência dos Kaiabi do Parque Indígena do Xingu – Mato Grosso – 1970 – 1999*. Tese de Doutorado apresentada na Faculdade de Saúde Pública da USP. 2002
- PAIM JS. *Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS*. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(2): 557-567, 2003.
- PAIM, I., NEHMY, R.M.Q., GUIMARÃES, C.G. *Problematização do conceito “qualidade” da informação*. perspectivas em *Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 111-119, jan./jun. 1996.
- PAIM, J. *Reorganização das Práticas de saúde em DS* In MENDES, E.V *Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias no SUS.*; HUCITEC-Abrasco, 4 edição 1999
- PEDUZZI, M; PALMA, J.J de. *A equipe de Saúde In: Saúde do Adulto. Programas de ações na unidade básica*. HUCITEC, S. Paulo, 1996
- PELLEGRINI, M A. *As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena*. In LANGDON, E & GARNELO, L. (orgs.) *Antropologia da Intervenção e as Práticas de Atenção à Saúde Indígena*. Rio de Janeiro : Editora da Fiocruz, 2004. pp. 233-243.
- PELLEGRINI, M A. *Povos indígenas e a conquista da cidadania no campo da saúde: o desafio de participar*. In RICARDO, C. A. (ed.). *Povos indígenas no Brasil 1996/2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000. pp. 139-142.
- PELLEGRINI, M A. *Relatório das oficinas participativas na Terra Indígena do Alto Rio Purus: subsídios para a Revisão do Componente Indígena do Estudo de Impacto Ambiental/ Relatório de Impacto ao Meio Ambiente da Pavimentação da Rodovia BR 364 – trecho Sena Madureiral/ Manoel Urbano/ Feijó*. Rio Branco: Departamento de Estradas e Rodagem do Estado do Acre, 2007, 29p.
- 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.
- PICCHI, Debra “*Observations about a central brazilian indigenous population: the Bakairi*” in *The Demography of Small-Scale societies: Cases studies from Lowland South America*. *South American Indian Studies*, number 4 – Bennington College. 1994
- PIRES, D; RIBEIRO, E.M: *A teorização sobre processo de trabalho como instrumental para análise do trabalho no Programa A Saúde da Família*. *Ciência e Saúde coletiva*, v.20, n2, p 439-445, 2004

- PITHAN OA. *O modelo Hekura para interromper a transmissão da malária: uma experiência de ações integradas de controle com os indígenas Yanomami na virada do século XX*. [Dissertação de Mestrado]. FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro/Boa Vista, 2005.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa*. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.
- RIBAS DLB, SGANZERIA A, ZORZATTO JC, PHILIPPI ST. *Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Terena, Mato Grosso do Sul, Brasil*. Cad Saúde Pública 2001; 17 (2): 323-31.
- RIBAS DLB, ZORZATTO JR, SAAD MNL, PHILIPPI ST. *Saúde e doença em crianças indígenas Terena*. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2001; 9 (2): 139 - 154.
- RIBEIRO, D. *Convívio e contaminação - efeitos dissociativos da depopulação provocada por epidemias em grupos indígenas*. Sociologia, 18: 3-50, 1956.
- RICARDO, CA. (Org.). *Povos Indígenas do Brasil 1996/2000*. Instituto Socioambiental. São Paulo, 2000.
- RICARDO, Fany (organização). 2004. *Terras Indígenas e Unidades de Conservação da Natureza - o desafio das sobreposições*. São Paulo: Instituto Socioambiental.
- RIVERA JA, MONTEERRUBIO EA, GONZÁLEZ-COSSÍO T, GARCÍA-FERREGRINO R, GARCÍA-GUERRA A, SEPÚLVEDA-Amor J. *Nutritional status of indigenous children younger than five years age in México: results of a national probabilistic survey*. Salud Publica Mex 2003; 45 (4 Suppl): S466-76.
- RODRIGUES DE, ESCOBAR AL, MARQUES RC. *Prevalência do câncer cérvico – uterino em mulheres indígenas Suruí e Cinta Larga, Rondônia, Brasil*. Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia/UNIR, 2006.
- RODRIGUES, Maria Beatriz. *Interculturalidade: por uma genealogia da discriminação*. IN: Psicol. Soc. v.19 n.3 Porto Alegre set./dez. 2007.
- ROSALEN, Juliana. 2008. *Paper descritivo sobre o histórico da saúde indígena no Brasil (1986-1999)*. Artigo não publicado. Pgs. 8.
- SANTOS, Jair L. F.; LEVY, M. Stella F. e SZMRECSANYI, Tamás (org). – *Dinâmica da População, Teoria, Métodos e Técnicas de análise*. TAQueiróz Editor, São Paulo, SP. 1980
- SANTOS RV, COIMBRA JR. CEA. *Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil*. In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas do Brasil*. COIMBRA JR. CEA (Org.). Ed. FIOCRUZ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2006.
- SANTOS, Ricardo V., FLOWERS, N. e COIMBRA Jr, C. *Demografias, epidemias e organização social: os Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso*. In Pagliaro et alli (org.) *Demografia dos povos indígenas no Brasil*, Editora Fiocruz e ABEP, Rio de Janeiro, RJ. 2005

- SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório de investigação de óbitos de crianças indígenas menores de cinco anos da Terra Indígena Guarita / Redentora*. Porto Alegre: SES-RS; junho de 2001.
- SIÃ, Josenildo Sales; DUA BUSÃ, Manoel Vandique; TENE, João Sales da Rosa; KA'A, Osmar Rodrigues; IBÃ, Sinhozinho Sales; ISA MURU, Agostinho Manduca Mateus. 2005. *Proposta sobre Medicina Natural Huni Kuin*. Aldeia São Joaquim/TI Baixo Jordão, Acre: relatoria de encontro da Associação de Seringueiros Kaxinawa do Rio Jordão (Askarj) entre 01.05.2005 e 01, 02 e 17.06.2005, pp.1-9.
- SILVA LMV, Hartz ZMA, Chaves SCL, Silva GAP, Paim JS. *Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro 23(2): 355-370, 2007.
- SOALHEIRO MA. *O presidente Luiz Inácio Lula da Silva já tomou a decisão de autorizar a autonomia administrativa e financeira para os Dseis*. Agência Brasil, Brasília, 20 Jun 2008. Disponível: [http://www.ansefunai.com.br/modules/mastop\\_publish](http://www.ansefunai.com.br/modules/mastop_publish). Acesso em: 02 Set 2008.
- SOUZA, A.M; SANTOS, I. *Processo Educativo nos serviços de saúde*. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos. n IOPAS, Brasília, 1993.
- SOUZA, Luciene Guimarães – *Demografia e Saúde dos Índios Xavante do Brasil Central*. Tese de doutorado, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, mimeo. 2008
- STARFIELD, B *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. Brasil: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002
- STEPHENS, C., J. PORTER, C. NETTLETON e R. WILLIS, 2006, *Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for Indigenous health worldwide*. The Lancet Vol. 367 (junho)
- TEIXEIRA, C.F *Promoção e Vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS*, Salvador, 2002 (Mimeo)
- VERANI, Cibele (1999). *A atenção à saúde dos povos indígenas: breve histórico*. Boletim da ABA, n° 31 - 1° Semestre.
- VIANNA, Fernando. 2005. *O Novo modelo de atendimento*. In: Povos Indígenas no Brasil 2001/2005. São Paulo: Instituto Socioambiental.
- VIEIRA AA, BRAGA JU, MORAES CL. *Condições de saúde e nutrição de crianças indígenas e não-indígenas que vivem às margens do rio Solimões, Estado do Amazonas, Brasil*. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:873.
- VIEIRA ARRUDA, Rinaldo Sérgio. 2001. *Imagens do índio: signos da intolerância*. In: GRUPIONI, L.D., VIDAL, L. & FISCHMANN, R. (orgs.). 2001. Povos indígenas e tolerância. São Paulo: Edusp/UNESCO. Pp. 43- 63.
- VIEIRA GO. *Enteroparasitoses em populações indígenas no Brasil: uma revisão sistemática da produção científica*. [Dissertação de Mestrado]. ENSP/FIOCUZ. Rio de Janeiro, 2003.
- VIGISUS/PNUD. *Documento técnico com o diagnóstico da situação dos módulos que compõem o curso de Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde por Unidade Federada*. Consultor: Paulo Moraes. Brasília, maio de 2007. 38p.



- VIVEIROS DE CASTRO, E. *From the Enemy's Point of View – Humanity and Divinity in an Amazonian Society*. Chicago: The University of Chicago Press, 1992.
- WATERLOW JC. Introduction. *Causes and mechanisms of linear growth retardation (stunting)*. *Eur J Clin Nutr* 1994; 48:S1-4.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global Tuberculosis Control*. WHO REPORT, 2008.