

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL
EM POLÍTICAS PÚBLICAS

NA BUSCA DA AFIRMAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE INDÍGENA:
OS EFEITOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA PORTARIA MINISTERIAL
N.º 2656 DE 2007 EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ

JOSÉ CARLOS SILVA DE ABREU

MARINGÁ

2012

JOSÉ CARLOS SILVA DE ABREU

**NA BUSCA DA AFIRMAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE INDÍGENA:
OS EFEITOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA PORTARIA MINISTERIAL
N.º 2656 DE 2007 EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – Mestrado Profissional, do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá (UEM), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lilian Denise Mai

MARINGÁ

2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá-PR, Brasil)

Abreu, José Carlos Silva de
A162n Na busca da afirmação do direito a saúde indígena : os
efeitos da implementação da portaria ministerial n.º 2656 de 2007 em
municípios do Paraná / José Carlos Silva de Abreu. -- Maringá, 2012.
123 f. : il. color.

Orientador: Prof.a Dr.a Lilian Denise Mai.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro
de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-Graduação
Profissional em Políticas Públicas, 2012.

1. Índios – Políticas públicas. 2. Índios - Saúde. 3. Financiamento.
4. Direito à saúde. 5. Indígena - Atenção diferenciada. I. Mai, Lilian Denise,
orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas,
Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação Profissional em Políticas
Públicas. III. Título.

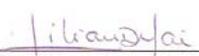
CDD 22.ed. 306.08

JOSÉ CARLOS SILVA DE ABREU

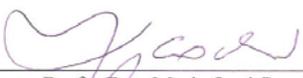
NA BUSCA DA AFIRMAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE INDÍGENA: OS EFEITOS
DA IMPLEMENTAÇÃO DA PORTARIA MINISTERIAL Nº 2656 DE 2007 EM
MUNICÍPIOS DO PARANÁ

Aprovada em 15 de março de 2012.

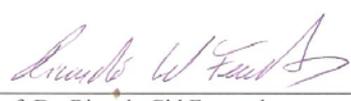
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Lilian Denise Mai
Orientadora
UEM



Profa. Dra. Maria José Scochi
Membro convidado
UEM



Prof. Dr. Ricardo Cid Fernandes
Membro convidado
UFPR

Dedico este trabalho aos meus pais, Paulo e Dalva, à minha esposa Nadja, e meus filhos Bruno, Adriane e Thiago, pelo incentivo, carinho e amor.

AGRADECIMENTOS

A todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para que eu atingisse este objetivo, com um reconhecimento especial para a Professora Dr.^a Lilian Denise Mai, pela sua competência em me orientar, pela paciência em me fazer achar o melhor caminho para expressar as ideias, e em especial pela atenção nas revisões e sugestões que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

Aos velhos e novos amigos com quem compartilhei a alegria de aprender os novos ensinamentos adquiridos no mestrado, que foram enriquecidos pelas experiências vividas nas diversas áreas em que atuamos.

A todos os professores que de alguma maneira contribuíram com a minha formação.

Aos colegas e gestores que contribuíram com as informações que tornaram possível a elaboração deste trabalho.

Viver!

E não ter a vergonha

De ser feliz

Cantar e cantar e cantar

A beleza de ser

Um eterno aprendiz..

(Gonzaguinha)

RESUMO

ABREU, José Carlos Silva. **Na busca da afirmação do direito à saúde indígena: os efeitos da implementação da Portaria Ministerial n.º 2656 de 2007 em municípios do Paraná, no período de 2008 a 2010.** 2011. 123f. Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

As alterações na Lei Orgânica da Saúde instituíram o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena, trazendo uma série de discussões sobre a capacidade do Estado instituir um sistema de atenção que respeite as características étnicas e culturais destes povos. Para tal, foram editadas pelo Ministério da Saúde e pela Fundação Nacional de Saúde um conjunto de Portarias, dentre elas, a Portaria Ministerial (PM) n.º 2656/2007, que define os papéis institucionais dos entes governamentais e regula os repasses de recursos financeiros para a saúde indígena, havendo poucos estudos que avaliem os resultados de suas aplicações. O objetivo geral do presente estudo é analisar a implementação das responsabilidades estabelecidas pela PM n.º 2656/2007 para os municípios e suas repercussões na atenção à saúde indígena no Estado do Paraná bem como explicitar a forma como os entes federados e demais agentes vêm interagindo para a organização dos serviços de atendimento à saúde indígena e identificar fatores que potencializam ou limitam a implementação dos aspectos inerentes à referida PM. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com caráter exploratório e documental, cuja população-alvo foi composta de 13 municípios, para os quais foi definida uma posição complementar na assistência, articulando a atenção básica realizada nas aldeias com as demais instâncias de atendimento do Sistema Único de Saúde. Os resultados alcançados revelam que o processo de implementação da Portaria não alterou o curso da atenção à saúde indígena e tampouco possibilitou uma maior integração entre os entes governamentais. O processo de planejamento para a atenção à saúde indígena não foi integrado, o que prejudicou o estabelecimento de metas que assegurem a integralidade da atenção. Persistem as dificuldades na execução da atenção básica, sem evidenciar alterações no modelo de assistência que caracterizem um atendimento diferenciado. Há problemas no processo de articulação da rede básica com as outras instâncias de atendimento do SUS e os recursos humanos não tiveram os treinamentos necessários para este tipo de atendimento. Existem potencialidades que devem ser aproveitadas, como a manutenção de repasses regulares de recursos financeiros, a experiência acumulada de mais de dez anos de atendimentos pelos municípios, e a existência de instrumentos que favorecem um planejamento integrado, mas que ainda não foram plenamente utilizados como direcionador das metas e objetivos para o atendimento da saúde indígena. Conclui-se que o caráter complementar que o município tem na assistência deve ser revisto, e que este deve assumir aquilo que estabelece o SUS, que é a responsabilidade plena pela gestão da saúde para todos os habitantes de sua área de abrangência, onde os princípios de integralidade e equidade incorporem os diferentes, como condição essencial para a garantia do direito universal à saúde.

Palavras-chave: Política de saúde. Saúde indígena. Financiamento. Direito à saúde. Atenção diferenciada.

ABSTRACT

ABREU, José Carlos Silva. **Pursuing the rights of indigenous people to health care**: the effects of the implementation of the Ministry of Health Ordinance n.º 2656 (2007) in the municipality of the State of Paraná, from 2008 to 2010. 2011. 123p. Dissertation MSC, Public Policies. State University of Maringá, Maringá, 2012.

The changes in the Health System Act implemented the Indigenous Health Care Subsystem, which brought to attention a series of discussions about the capabilities of the State to establish a health care system which respects the ethnic and cultural characteristics of the said people. To this purpose, the Ministry of Health and the Health National Foundation published a series of ordinances, among them the Ministry Ordinance (MO) n.º 2656/2007, which defines the institutional roles of the government bodies and regulates the transfer of funds to indigenous health programs, but there have been few studies to evaluate the results so far. The general aim of the present study is to analyse the implementation of the responsibilities as established by the MO 2656/2007 to the local governments and the repercussions for the indigenous health care in the State of Paraná and will attempt at showing the way government bodies and other agents have been interacting towards the organization of the indigenous health care services and identifying factors which promote or hinder the implementation of the said MO. This is a qualitative study, characterized by both an exploratory and documental nature, whose target study group was formed by 13 municipalities which had the task of articulating the health services in the settlements with the Brazilian Universal Healthcare Program (SUS). The results show that the MO implementation process neither altered the status quo nor enabled a better integration among the government bodies. The indigenous health care planning process was not integrated, thus hindering the establishment of goals which ensured the integrity of the program. The difficulties in the execution of the program are still present and there are no significant changes in the current standard health care model. There are problems in the articulation of the standard network with other instances within the SUS and the human resources did not get the appropriate training. There are elements which can lead to success, though, like the upkeep of the regular transfer of funds, the experience acquired in more than 10 years by the municipalities and the means which enable an integrated planning, but which have not yet been used to the fullest. It is possible to conclude that the role of the municipality has to be reviewed, and it should encompass what is established by the SUS, that is, full responsibility for the management of the health programs for all the people in its area, where the principles of integrity and equality encompass the different, as a sine qua non condition to the universal right to health access.

Keywords: Health policy. Indigenous health. Financing. Right to health. Individual attention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DOS MUNICÍPIOS PREVISTOS NA PM 2656/2007	26
FIGURA 2 - DEFINIÇÃO TERRITORIAL DOS DISTRITOS SANITÁRIOS INDÍGENAS	49
FIGURA 3 - MODELO ASSISTENCIAL PARA A SAÚDE INDÍGENA	50
GRÁFICO 1 - VALORES MENSAIS DOS INCENTIVOS DE ATENÇÃO BÁSICA PARA MUNICÍPIOS, DO PARANÁ DE ACORDO COM AS PORTARIA 1163/99 E PORTARIA 47/2006	66
GRÁFICO 2 - VALORES MENSAIS DOS INCENTIVOS DE ATENÇÃO BÁSICA PARA MUNICÍPIOS, DO PARANÁ DE ACORDO COM AS PORTARIA 1163/99 E PORTARIA 47/2006	69
GRÁFICO 3 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL EM MENORES DE 1 ANO INDÍGENAS E NÃO INDÍGENAS NOS 21 MUNICÍPIOS ESTUDADOS NO PARANÁ - 2001-2007	72
GRÁFICO 4 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL INDÍGENA EM MENORES DE 1 ANO NOS 13 MUNICÍPIOS ESTUDADOS NO PARANÁ - 2005-2010	90
GRÁFICO 5 - FORMULAÇÃO DE PMS, IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS, DEFINIÇÃO DE METAS E PACTOS DE ASSISTÊNCIA PARA A POPULAÇÃO INDÍGENA NOS 13 MUNICÍPIOS ESTUDADOS - PARANÁ - 2008-2010	93
GRÁFICO 6 - GESTOR DA UNIDADE DE SAÚDE, CONVÊNIO COM TERCEIROS E REGISTRO DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS NOS 13 MUNICÍPIOS ANALISADOS NO PARANÁ - 2008-2010	101
GRÁFICO 7 - CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS, TIPO DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS E ATENDIMENTO DIFERENCIADO NOS 13 MUNICÍPIOS ESTUDADOS - PARANÁ - 2008-2010	103
GRÁFICO 8 - IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E DEFINIÇÃO DE METAS NO PMS, PARTICIPAÇÃO DE INDÍGENAS E PROFISSIONAIS NO CMS E METAS E USO DOS INCENTIVO NO RAG, NOS 13 MUNICÍPIOS ANALISADOS - PARANÁ - 2008-2010	113

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - VALORES MENSAIS DE INCENTIVO PARA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA CONFORME PORTARIA 1163/GM EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 1999	63
QUADRO 2 - VALORES MENSAIS PARA O INCENTIVO DA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA INDÍGENA EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 2007	67
QUADRO 3 - PERCENTUAL DE REPASSES DE IAB-PI EM RELAÇÃO AO TOTAL DE RECURSOS SUS RECEBIDOS POR MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 2007.....	70
QUADRO 4 - POPULAÇÃO GERAL E INDÍGENA, DISTÂNCIA DA ALDEIA A SEDE MUNICIPAL, ALDEIA, ETNIA E ÁREA DA ALDEIA INDÍGENA EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 2007	75
QUADRO 5 - MORTALIDADE GERAL, COEFICIENTE DE MORTE INFANTIL, RAZÃO DE MORTE MATERNA, NA POPULAÇÃO GERAL E EM INDÍGENAS EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 2007	77
QUADRO 6 - TOTAL DE RECURSOS APLICADOS, RECURSOS MUNICIPAIS, PERCENTUAL COM RECURSOS PRÓPRIOS, VALOR ANUAL E PERCENTUAL DO INCENTIVO PARA À SAÚDE INDÍGENA EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 2007	78
QUADRO 7 - POSTOS DE SAÚDE, HOSPITAIS PÚBLICOS OU PRIVADOS, SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E CONVÊNIO COM TERCEIROS PARA ATENDIMENTO À SAÚDE INDÍGENA EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 2007	79
QUADRO 8 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INDÍGENA RESIDENTE NA ÁREA DE ESTUDO, CONFORME O PDSI-PR EM 2008.....	82
QUADRO 9 - COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES E DISTRIBUIÇÃO CONFORME A ALDEIA, EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ EM 2008	83
QUADRO 10 - RECEBIMENTO DE RECURSO E VALORES PARA O INCENTIVO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 2008-2010	102
QUADRO 11 - GASTOS TOTAIS POR HABITANTE ANO E GASTOS PARA ATENÇÃO BÁSICA PELO SUS PARA OS INDÍGENAS EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 2007-2010.....	106

QUADRO 12 - GASTOS TOTAL, MUNICIPAL E TRANSFERÊNCIAS SUS POR HABITANTE ANO, GASTO MUNICIPAL, TRANSFERÊNCIAS SUS E INCENTIVOS ANO, PERCENTUAL DO INCENTIVO EM RELAÇÃO AOS GASTOS DO SUS, E GASTO POR INDÍGENA ANO EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 2007- 2010	107
QUADRO 13 - DEMONSTRATIVO DOS VALORES REPASSADOS PARA O CUSTEIO DA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA INDÍGENA EM MUNICÍPIO NO PARANÁ - 2008-2010	111

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	- Agente Indígena de Saúde
AISAN	- Agente Indígena de Saneamento
CES	- Conselho Estadual de Saúde
CIB	- Comissão Intergestores Bipartite
CLS	- Conselho Local de Saúde
CMS	- Conselho Municipal de Saúde
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONDISI	- Conselho Distrital de Saúde Indígena
DSEI	- Distrito Sanitário Especial Indígena
FNS	- Fundo Nacional de Saúde
FUNAI	- Fundação Nacional do Índio
FUNASA	- Fundação Nacional de Saúde
ONG	- Organização não Governamental
PDSI	- Plano Distrital de Saúde Indígena
PES	- Plano Estadual de Saúde
PM	- Portaria Ministerial
PNSPI	- Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
RAG	- Relatório Anual de Gestão
SESA	- Secretaria Estadual de Saúde
SIM	- Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	- Sistema Nacional de Informação de Notificação de Agravos
SISPACTO	- Sistema de Informação de Metas Pactuadas
SSI	- Subsistema de Saúde Indígena
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCG	- Termo de Compromisso de Gestão
TP	- Termo de Pactuação
TPASPI	- Termo de Pactuação da Saúde dos Povos Indígenas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 MATERIAIS E MÉTODOS	24
2.1 POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA DA PESQUISA.....	24
2.2 A COLETA DE DADOS.....	26
2.3 ANÁLISE DE DADOS.....	29
3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO INDÍGENA NO BRASIL	33
3.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	33
3.2 O PROCESSO DE PRODUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	33
3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E OS PRINCÍPIOS DO SUS.....	38
3.4 A PRODUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL.....	41
3.5 A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA.....	44
3.6 A POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAUDE DOS POVOS INDÍGENAS A PARTIR DE 2002.....	47
3.7 PORTARIA N.º 2.656 DE 17 DE OUTUBRO DE 2007.....	54
3.8 A CRIAÇÃO DA SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA - SESAI.....	59
4 A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DEFINIDOS PELA PORTARIA 2656/2007, NO PARANÁ	61
4.1 A ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO PARANÁ, NO PERÍODO DE 1999 A 2007.....	61
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PREVISTOS PARA RECEBER RECURSOS FINANCEIROS PARA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA.....	73
5 DIMENSÕES ANALÍTICAS DA IMPLEMENTAÇÃO DA PORTARIA 2656/2007 EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ	80
5.1 ANÁLISE DOS MUNICÍPIOS.....	80

5.2	O PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA PARA O PARANÁ NO PERÍODO DE 2008 A 2010	81
5.3	A ATUAÇÃO DO ESTADO DE ACORDO COM A PORTARIA 2656/2007.....	85
5.4	A IMPLEMENTAÇÃO DAS RESPONSABILIDADES MUNICIPAIS.....	87
5.4.1	Análise dos Termos de Compromisso de Gestão (TCG), Termo de Pactuação (TP) e Planos de Trabalho (PT) dos Municípios.....	87
5.4.2	O Plano Municipal de Saúde e suas Definições em Relação à Saúde Indígena	90
5.4.3	A Participação dos Municípios na Elaboração e Uso do Plano Distrital de Saúde Indígena	94
5.4.4	Manutenção dos Sistemas de Informação	95
5.5	CONDIÇÕES TÉCNICO OPERACIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	96
5.5.1	O Financiamento das Ações de Saúde	104
5.6	O ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS	111
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
	REFERÊNCIAS	120

1 INTRODUÇÃO

Atualmente a população total dos povos indígenas no Brasil, a depender da fonte consultada, soma entre 350 e 734 mil pessoas, não ultrapassando 0,5 por cento da população nacional (PAGLIARO *et al.*, 2005). Não obstante, representam uma enorme sociodiversidade, pois são 210 povos indígenas falantes de cerca de 180 línguas, vivendo em milhares de aldeias espalhadas de norte a sul do país, presentes em todos os estados, com exceção do Rio Grande do Norte e o Piauí.

Quando se trata de discutir a situação da vida dos povos indígenas no Brasil, há um certo consenso de que um fato é comum entre eles: a sua marginalidade em relação aos demais segmentos da sociedade, com reflexos diretos na sua condição de saúde e no acesso aos serviços de saúde (COIMBRA JR. *et al.*, 2002; GARNELO *et al.*, 2003; PAGLIARO *et al.*, 2005; SANTOS; COIMBRA JR., 2003).

Esta situação contrasta com os princípios constitucionais que estabelecem a saúde como um direito de todos, e superar este quadro de desigualdades com a afirmação do direito dos povos indígenas à saúde e um desafio presente para toda a sociedade brasileira.

O interesse em conhecer a atuação dos municípios, da Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) no Paraná conforme previsto pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), surgiu a partir da experiência adquirida como Assessor da Secretaria Especial para Assuntos Estratégicos do Governo do Paraná. Essa Secretaria tem como objetivo acompanhar as demandas das populações tradicionais do Estado, com destaque para as populações indígenas e quilombolas. A partir da leitura de textos e documentos e de diversas reuniões, evidenciou-se que as dificuldades de atendimento à saúde eram frequentes, o que culminou, inclusive, no Estado, com a invasão da FUNASA pelos indígenas que mantiveram funcionários como reféns. Essas dificuldades envolviam diversos aspectos relacionados à gerência dos serviços, disponibilidade de profissionais, falta de medicamentos, dificuldades de acompanhamento dos gastos financeiros entre outros.

A Constituição Federal e a Lei Federal n.º 8080/90, alterada pela Lei n.º 9698/96, são as bases legais sobre as quais se assenta toda a legislação brasileira que estabelece a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNSPI).

A implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SSI), a partir de 1999, é considerada uma alternativa para a superação dos problemas relacionados à atenção a saúde indígena em nosso país. Essa política estabeleceu responsabilidades diretas para o Governo Federal realizar a oferta de serviços de atenção básica e previu para os municípios, estados e entidades não governamentais uma atuação complementar nessa assistência, a qual deve ser articulada com a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), servindo de referência para os serviços de maior complexidade. Essa articulação deve ser feita pelos municípios, já que estes têm a responsabilidade pela atenção integral de saúde para todos os habitantes de sua área de abrangência, incluindo as aldeias indígenas.

Assim, apesar de ser competência federal a realização do atendimento básico em saúde indígena, não há exclusão em momento algum da ação de estados e municípios, os quais, além de poder prestar assistência em caráter complementar, são responsáveis pela articulação da atenção básica com as demais instâncias do SUS.

Com o propósito de agilizar a construção do subsistema que operacionaliza a Política Nacional de Saúde para a População indígena, um conjunto de Portarias vem sendo editadas pelo Ministério da Saúde (MS) com a finalidade de regular atribuições, redefinir papéis e estabelecer normas para o financiamento. A Portaria Ministerial (PM) GM/MS n.º 1163, de 1999, foi o instrumento legal que criou os incentivos para o atendimento à saúde indígena. Posteriormente, a PM n.º 2656/2007, de 17 de outubro de 2007, redefiniu atribuições e regulou a transferência de recursos financeiros fundo a fundo para os municípios. Essa Portaria foi considerada à época muito polêmica, visto que para um contingente expressivo de atores envolvidos na sua implementação como índios, funcionários da FUNASA e Organizações Não Governamentais (ONG), ela representava o risco da descentralização das ações de atenção à saúde indígena para os municípios, enquanto a FUNASA afirmava que ela não significava a municipalização da atenção, mas que aumentava a responsabilidade dos municípios no gerenciamento da política de saúde (FORTE, 2007; COIAB, 2007).

De forma geral, as diversas Portarias Ministeriais emitidas até agora vem ocasionando alterações nos rumos da PNSPI, com mudanças de ordem gerencial, assistencial e financeira, ao mesmo tempo em que permanecem entraves para a efetivação do subsistema de saúde indígena, como no campo da gestão, com a limitação quali-quantitativa de recursos humanos, de conflito nas atribuições e de falta de definição nas inter-relações entre o subsistema de saúde indígena e as gerências municipais (GARNELO, 2004).

Passados mais de dez anos da criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, os indicadores que refletem as condições de saúde dos povos indígenas no Paraná apresentam números bastante desfavoráveis quando comparados com a população não indígena do seu entorno. Esses dados revelaram que as condições gerais de vida são insatisfatórias e que os serviços de saúde não conseguem reverter à tendência histórica de uma qualidade de atenção à saúde que deixa muito a desejar.

Um exemplo é o Coeficiente de Mortalidade Infantil, indicador que expressa não só o nível de saúde de uma sociedade, mas também o seu padrão socioeconômico, e que tem sido universalmente utilizado como um índice sintetizador de desenvolvimento (LAURENTI *et al.*, 1985). Para a população indígena do Paraná, no período de 1999 a 2010, o indicador médio foi de 27,15 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto na população não indígena foi de 15,50 por mil nascidos vivos, com o agravante de que a mortalidade infantil indígena encontra-se em patamares muito superiores a populações sujeitas as mesmas dificuldades sociais e econômicas, como no caso da população negra do Estado, quando no mesmo período este indicador médio foi de 21,87 óbitos por mil nascidos vivos. Porém, um fato ainda mais preocupante é que para a comunidade indígena esse indicador apresenta tendência de crescimento, enquanto para a população não indígena é de redução.

Segundo a Lei n.º 6001, de 19 de dezembro de 1973, conhecida como Estatuto do Índio, "Índio é todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional". Nessa mesma lei

consta que comunidade indígena ou grupo tribal "é um conjunto de famílias ou comunidades índias, quer vivendo em estado de completo isolamento em relação aos outros setores da comunhão nacional, quer em contatos intermitentes ou permanentes, sem, contudo, estar nele integrados".

Esse Estatuto, em fase de revisão pelo Congresso Nacional, é discutível em vários aspectos, especialmente no relacionado à integração, confrontando com o que a Constituição expressa que é o reconhecimento à sociodiversidade indígena no Brasil com a necessidade de promover políticas públicas com respeito ao pluralismo cultural destes povos (BARROSO *et al.*, 2004).

Outros instrumentos legais em vigor no país reafirmam esses compromissos e, em especial, a Convenção n.º 169, da Organização Internacional do Trabalho, que foi ratificada pelo Brasil em 25 de julho de 2003 e aprovada pelo Decreto n.º 5.051, de 19 de abril de 2004, que estabelece que os governos devam assumir a responsabilidade de desenvolver ações com a participação das comunidades indígenas que assegurem, condições de igualdade e que promovam a plena efetividade dos direitos sociais e econômicos destes povos, respeitando a sua identidade social e cultural.

A população indígena autodeclarada residente no Estado do Paraná, segundo o censo de 2010, era de 25.915 habitantes (IBGE, 2010), vivendo em ambientes urbanos e nas aldeias indígenas existentes no Estado. Três principais etnias compõem a população indígena, sendo a maioria Kaingang, seguido pelos Guaranis e Xetás. O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) formulado pela FUNASA para o período 2008/2010 contabilizou a presença de 11.427 indígenas vivendo nas aldeias do Paraná.

A diferença encontrada entre o censo de 2010 e os dados apresentados pela FUNASA em seu plano plurianual é de 14.488 indígenas, o que indica que essa população está vivendo fora das aldeias e que muito pouco se conhece acerca de sua realidade. Contudo, sua presença e as condições de vida adversas a que estão submetidos pode ser expressa pela notificação para a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) de ocorrência de óbitos e agravos nas diferentes faixas etárias para pessoas que se reconhecem como indígenas em grande parte dos municípios no Estado do Paraná, mesmo quando não há reconhecimento formal por parte da FUNAI e FUNASA de aldeias nestes locais.

Como medida para a implementação do Sistema de Saúde Indígena no Paraná, a FUNASA, que não dispunha de pessoal técnico para dar atendimento básico a todas as aldeias indígenas, estabeleceu diversas parcerias com municípios e Organizações Não Governamentais (ONG), para os quais foram definidas atribuições e repassados recursos da União a partir do ano de 2001. Esse repasse foi previsto para 21 municípios, nos quais existem índios vivendo em aldeias reconhecidas pela FUNAI, a saber: Cândido de Abreu, Chopinzinho, Coronel Vivida, Diamante do Oeste, Espigão Alto do Iguaçu, Guaraqueçaba, Inácio Martins, Londrina, Mangueirinha, Manoel Ribas, Nova Laranjeiras, Ortigueira, Palmas, Paranaguá, Piraquara, Pontal do Paraná, Santa Amélia, São Jerônimo da Serra, São Miguel do Iguaçu, Tomazina e Turvo. Assim, um total de 21 municípios e uma ONG aderiram à proposta no Estado, passando a ofertar serviços de atenção básica nas aldeias indígenas.

Outros três municípios, Abatiá, Guaíra e Laranjeiras do Sul, posteriormente foram incorporados, visto que as suas terras indígenas ainda estavam passando por processo de reconhecimento e formalização pela FUNAI, contudo, nenhum dos três assumiu a responsabilidade formal pela atenção a saúde indígena.

Todos estes municípios já comportavam práticas na gestão dos serviços próprios de saúde, voltados para o atendimento da população urbana e rural, porém, com um modelo hegemônico de assistência biomédica, não se mostrando aptos para uma atenção diferenciada frente à população indígena como previsto em lei.

Esta atenção diferenciada é interpretada como a necessidade de respeito e de valorização das práticas de saúde tradicionais e adaptação das ações de saúde oferecidas pelo governo às peculiaridades socioculturais, epidemiológicas e demográficas das diversas etnias indígenas (SILVEIRA, 2004).

Para Athias e Machado (2001), a concepção de saúde e doença entre os povos indígenas:

Interfere no modelo de assistência já preconizado, e os profissionais de saúde, pela falta de conhecimento mais aprofundado dessas concepções, encontram dificuldades em adaptar tais modelos, provocando assim dificuldades na organização dos serviços (ATHIAS; MACHADO, 2001, p.429).

Entre outras, essa foi uma razão pela qual também terceirizaram seus atendimentos pelas ONGs, cujos resultados práticos deixam dúvidas sobre a sua

efetividade e probidade, haja vista as manifestações feitas pelo Tribunal de Contas da União e nos relatos feitos para a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) criada para investigar irregularidades com dinheiro público praticadas por ONG em 21 de fevereiro de 2010, quando foram relatadas irregularidades envolvendo as ONG que atuavam no Paraná

A Portaria Ministerial n.º 2656/2007 (PM n.º 2656/2007) de 17 de outubro de 2007, instituiu regulamentações nas atribuições do governo federal, estadual e municipal e no repasse de recursos financeiros, com a finalidade de promover as transformações setoriais necessárias para dar cumprimento às diretrizes estabelecidas na política nacional de atenção a saúde do índio, também estabeleceu mecanismos de controle social sobre esses repasses. É o caso do controle social indígena por meio da participação destes nos conselhos local, distrital, municipal e estadual de saúde. Com isso, a atual legislação vigente não se omite em relação aos aspectos de gestão, recursos financeiros, capacitação profissional e controle social no tocante à saúde indígena.

A revisão bibliográfica feita em revistas científicas indexadas na base SciELO [www.scielo.br] e na base Lilacs [<http://bases.bireme.br>] com as seguintes palavras-chave: "Saúde Indígena", "políticas públicas", "descentralização da saúde", e "indígenas" e em autores indígenas reconhecidos, mostra que poucos estudos têm sido realizados no sentido de verificar como se deram os resultados da implementação dessas Portarias e os seus efeitos na consolidação dos princípios estabelecidos pela Lei Orgânica da Saúde (SANTOS, R. V. *et al.*, 2008; GARNELO, 2004; FERNANDES, 2010) Quando realizadas, essas análises não chegam ao município e não avaliam os efeitos que as Portarias têm produzido em relação a sua adequação para a prestação de serviços de saúde para a população indígena do Estado do Paraná ou do país, de forma mais ampla.

Por isso, o presente projeto de pesquisa justifica-se por representar uma oportunidade de análise do processo de implementação da PM n.º 2656/2007 nesses municípios, tendo por base as responsabilidades preconizadas para os mesmos, bem como para a FUNASA, para o Governo Estadual e demais entes envolvidos com a saúde indígena. O foco da pesquisa concentra-se na consonância entre as

competências recomendadas pela PM n.º 2656/2007 e as responsabilidades assumidas pelos gestores municipais por determinação desta Portaria, tentando identificar em que medida sua implementação contribuiu para a melhoria da atenção à saúde da população indígena no Paraná. Considerando que as normativas legais regulamentam a constituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com a definição clara de responsabilidades na prestação da atenção à saúde indígena, parte-se da hipótese de que, a não implementação dos instrumentos legais contribuiu para a baixa resolubilidade e eficácia dos serviços de saúde e, por consequência, na piora dos indicadores de saúde dessas populações. Uma visão geral e não aprofundada sobre a problemática sugere que há conflitos entre diversos interesses dos atores envolvidos, quais sejam, gestores, indígenas e profissionais de saúde, e que os municípios não incorporaram nas suas agendas o efetivo atendimento à saúde da população indígena no Estado do Paraná, situações quiçá passíveis de verificação ao final desse estudo.

Diante disso, o objetivo geral do presente trabalho é analisar a implementação das responsabilidades estabelecidas pela PM n.º 2656/2007 para os municípios e suas repercussões na atenção à saúde indígena no Estado do Paraná. Como objetivos específicos, destacam-se explicitar a forma como os entes federados e demais agentes vêm interagindo para a organização dos serviços de atendimento à saúde indígena e identificar fatores que potencializam ou limitam a implementação dos aspectos inerentes à PM n.º 2656/2007.

A fim de facilitar a compreensão dos resultados e conclusões da pesquisa, o conteúdo da dissertação foi dividido em quatro capítulos, explicitados a seguir.

O primeiro capítulo apresenta os materiais e métodos empregados na realização da pesquisa. Foi proposta uma análise qualitativa e documental, cuja principal fonte foi a PM n.º 2656/2007, além dos instrumentos formais de gestão preconizados como o Plano Distrital de Saúde Indígena do Paraná (PDSI-PR), o Plano Estadual de Saúde (PES) e os Planos Municipais de Saúde (PMS), e seus respectivos Termos de Compromisso de Gestão (TCG) e pactuação. Como o foco da análise foram os municípios, também foram investigados os Relatórios Anuais de Gestão (RAG), os Pactos de Gestão municipais (SISPACTO) e os bancos

nacionais de dados oficiais do Ministério da Saúde. A partir desses documentos, foram definidos três conjuntos de informação para análise, a saber: compromissos de gestão, condições técnico operacionais dos serviços de saúde e o acompanhamento e avaliação, sendo listados itens de verificação do cumprimento das atribuições previstas pela legislação vigente.

O segundo capítulo refere-se ao processo de implementação de políticas públicas em geral e a de saúde para a população indígena no Brasil. Entende-se a implementação como um momento do *policy-making* cujas decisões tendem a ser alteradas. Discute-se também, brevemente, a formulação, a implementação e avaliação de políticas públicas, uma vez que o presente estudo pode ser tratado como análise pontual da política de descentralização e constituição do SUS municipal, ao cotejar as responsabilidades assumidas pelo gestor local com aquelas preconizadas na PM 2656/2007.

Processos relevantes na constituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena são tratados no primeiro capítulo, que aborda de forma sucinta os aspectos conceituais e operacionais para a atenção diferenciada à saúde indígena. A Lei n.º 9.836, de 23 de setembro de 1999, a "Lei Arouca" e as portarias emitidas após sua publicação são revisadas a partir das alterações que promoveram, destacando pontos positivos e negativos na perspectiva dos autores pesquisados. A PM n.º 2656/2007, objeto de análise deste estudo, é detalhada quanto ao seu conteúdo e responsabilidades atribuídas aos gestores responsáveis pela efetivação da atenção à saúde indígena.

O terceiro capítulo revisa as peculiaridades da implementação da Portaria Ministerial no Paraná e caracteriza os municípios que aderiram à proposta em relação aos aspectos sócio-demográficos, recursos financeiros recebidos, indicadores epidemiológicos e serviços de saúde existentes. A revisão da implementação, tem por finalidade explicitar a atuação da FUNASA, da SESA e dos municípios, com destaque para aspectos político-administrativos envolvidos nesse processo de operacionalização da proposta, conforme a legislação em vigor.

O quarto capítulo refere-se às responsabilidades assumidas pelos municípios de acordo com a pactuação prevista nos instrumentos citados pela

PM 2656/2007, nos anos de 2008, 2009 e 2010, com destaque para os conjuntos de informação mencionados anteriormente, com a verificação das atividades executadas pela administração local em comparação com as atribuições definidas pela Portaria Ministerial, procurando identificar as principais potencialidades e dificuldades encontradas para a sua implementação e comparando com os referenciais teóricos utilizados.

O primeiro conjunto de informações refere-se aos Compromissos de Gestão, para pesquisar como os municípios expressaram seus compromissos em relação ao estabelecido pela Portaria. Foram analisados os TCG e de Pactuação, os PMS, a relação dos objetivos municipais com o PDSI-PR, a regularidade nos repasses financeiros de fundo a fundo e a alimentação dos sistemas de informação.

O segundo conjunto de informações refere-se às condições técnico operacionais dos serviços de saúde, buscando identificar as alterações no modelo de assistência para prestação de serviço em caráter complementar, se ocorreu à articulação da atenção básica indígena com a rede de atenção do SUS, se os profissionais que atuam têm formação específica para o trabalho, se foi realizada formação dos profissionais contratados para o atendimento da população indígena, se os serviços são próprios ou terceirizados, se há rotinas que facilitem o atendimento diferenciado e como se deu a destinação dos recursos financeiros recebidos.

O terceiro conjunto de informações analisado refere-se ao acompanhamento e avaliação, verificando se há participação de representantes indígenas e dos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena nos Conselhos Municipais de Saúde e no acompanhamento e aprovação dos RAG e dos PMS.

Nas considerações finais é apresentada uma síntese do trabalho e discutidas as potencialidades e dificuldades encontradas na implementação da PM n.º 2656/2007 pelos municípios e nas suas relações com o Estado e a FUNASA e em que medida repercutiu para a melhoria da assistência a saúde da população indígena atendida no Paraná.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Em atendimento aos objetivos propostos e, para fins metodológicos, a presente pesquisa pode ser considerada de natureza qualitativa pois busca a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados, é exploratória e busca proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo mais explícito, é aplicada e documental, porque objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática e dirigida a solução de problemas específicos (GOBBO, 2006). Segundo Minayo e Sanches (1993, p.247), a pesquisa qualitativa "adequa-se a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente".

2.1 POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA DA PESQUISA

A Portaria 2656/2007 estabeleceu que, no Paraná, encontram-se habilitados para receber os recursos de incentivo para a atenção básica para os povos indígenas um total de 24 municípios, a saber: Abatia, Cândido de Abreu, Chopinzinho, Coronel Vivida, Diamante do Oeste, Espigão Alto do Iguaçu, Guaíra, Guaraqueçaba, Inácio Martins, Laranjeiras do Sul, Londrina, Mangueirinha, Manoel Ribas, Nova Laranjeiras, Ortigueira, Palmas, Paranaguá, Piraquara, Pontal do Paraná, Santa Amélia, São Jerônimo da Serra, São Miguel do Iguaçu, Tomazina e Turvo.

Apesar de indicados 24 municípios para receber os incentivos, 3 deles, Abatiá, Guaira e Laranjeiras do Sul não aderiram à proposta de atenção à saúde indígena, por razões oficialmente não justificadas, contudo, são municípios em que as áreas indígenas ainda não estão oficializadas e há tensão entre os moradores e a comunidade indígena.

Esses municípios apresentam uma diversidade socioeconômica e demográfica bastante significativa e encontram-se distribuídos no litoral, na região central do Estado e na região de fronteira com o Paraguai e Argentina. Nestes

municípios habitam cerca de 11.427 indígenas vivendo em aldeias conforme os dados populacionais da FUNASA para 2007, pertencendo às etnias Guaranis, Kaingang e Xetás.

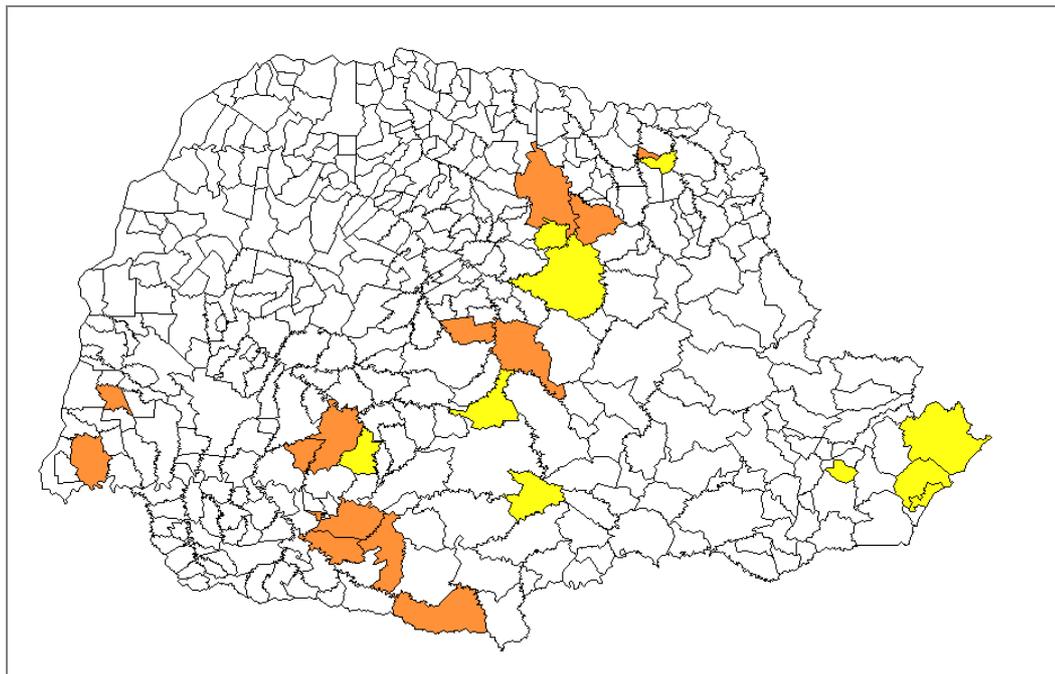
Para fins desse estudo, a amostra foi composta por 13 dos 21 municípios que prestam atenção à saúde indígena, e que, quantitativamente, representam 86% da população indígena que vive em aldeias e foi beneficiada pelo repasse de recursos financeiros. Como critérios de escolha para a seleção dos 13 municípios foram considerados: a população indígena residente nas aldeias, que no conjunto tivessem a presença de representantes dos três grupos étnicos que compõem a população indígena do Paraná, o recebimento regular dos recursos financeiros e a disponibilidade dos documentos essenciais indicados como fontes para a pesquisa no período de 2007 a 2010. Por se tratarem de documentos públicos, não houve a necessidade de prévia anuência dos gestores.

Assim, foram eleitos os municípios de Candido de Abreu, Chopinzinho, Coronel Vivida, Diamante do Oeste, Espigão Alto do Iguaçu, Londrina, Nova Laranjeiras, Mangueirinha, Manoel Ribas, Palmas, Santa Amélia, São Jerônimo da Serra e São Miguel do Iguaçu. A relevância da abordagem do conjunto de municípios, é que ele pode apresentar um maior grau de detalhamento e conhecimento sobre como se deu a implementação da Portaria objeto desse estudo, uma vez que nesses municípios reside a maior parte da população indígena do Paraná.

Na figura 1, está indicada a localização dos municípios que tem a presença da população indígena oficializada pela FUNASA e relacionados pela Portaria 2656/2007, estando destacados na cor laranja, os municípios selecionados para o estudo e em amarela os demais municípios.

Ainda que fosse desejável na caracterização da população indígena ser feita observações a respeito de como entendem o atual sistema de saúde e se suas expectativas são atendidas, isto não foi possível ser feito devido às restrições éticas e legais exigidas para estudos com populações indígenas. Isto exigiria o cumprimento de protocolos que se estenderiam para além do tempo estabelecido para a conclusão do mestrado.

FIGURA 1 - LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DOS MUNICÍPIOS PREVISTOS NA PM 2656/2007



FONTE: Assessoria para Assuntos indígenas/SEAE (2010)

A caracterização dos municípios foi realizada conforme os dados obtidos junto ao banco de dados municipais do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Fundo Nacional de Saúde (FNS), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da Assessoria para Assuntos Indígenas do governo do Paraná (AAI), com a finalidade de permitir uma visão geral dos mesmos, sua condição social e econômica e o perfil do setor saúde, principalmente, com dados sobre a oferta de serviços de saúde, capacidade instalada hospitalar e ambulatorial, dados da mortalidade por causa específica, além de dados da área materno/infantil.

2.2 A COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro a junho de 2011, baseada em pesquisa documental. No caso, os documentos eleitos representam fontes primárias, uma vez que foram produzidos pelos próprios sujeitos que constroem os fatos relacionados à temática investigada. Em especial, as fontes de documentação foram registros institucionais escritos e registros estatísticos.

As fontes de pesquisa foram eleitas priorizando os documentos que, por exigência legal da Lei n.º 8080/90 e da Portaria 2656/2007, são formulados pelos municípios, pelo Estado e pelo Governo Federal, buscando verificar como as responsabilidades previstas, estão sendo assumidas pelos gestores do SUS. A partir desse critério de escolha, foram investigados os seguintes documentos: os planos municipais de saúde (PMS), os termos de compromissos de gestão (TCG), os termos de pactuação (TP), os relatórios de indicadores de monitoramento (SISPACTO), os relatórios anuais de gestão (RAG) municipal, estadual e da FUNASA, o plano estadual de saúde (PES), o plano distrital de saúde Indígena do Paraná (PDSI-PR) e as resoluções da comissão bipartite estadual (CIB).

O PMS é o documento que deve expressar a proposta de atenção à saúde que o município se propõe a realizar, contendo os seguintes elementos: identificação; princípios orientadores (do SUS); caracterização do município (aspectos demográficos e econômico-sociais); análise da situação de saúde; organização e funcionamento do sistema no âmbito local e as ações e serviços de saúde; objetivos a serem alcançados; prioridades conferidas e ainda as estratégias adotadas. No Plano, devem estar previstas todas as referências à pactuação e ao acordo entre gestores municipais, especialmente, aquelas relativas ao atendimento da população.

Os Planos Municipais integram a formulação do PES, sendo assim, o PMS conforma um instrumento fundamental não só para a gestão do sistema nos municípios, porém, igualmente, no âmbito estadual e federal, sendo avaliados os PMS referentes ao período de 2008 a 2010.

O TCG é o documento em que o gestor municipal formaliza o pacto pela saúde nas suas dimensões pela vida, em defesa do SUS e de gestão, é uma declaração pública dos compromissos assumidos perante a população das suas responsabilidades com a saúde no município, e tem um prazo de validade de 4 anos como estabelecido pela Portaria n.º 2.751, de 11 de novembro de 2.009.

O TP é parte integrante do TCG e refere-se às responsabilidades e atribuições da atenção à saúde de toda a população que deverão ser assumidas pelo município inclusive os povos indígenas. Neste estudo, o TP foi analisado considerando que ele expressa compromissos em relação à saúde indígena. O TPASPI conforme previsto

na PM 2656/2007 não foi elaborado no Estado, em virtude da Portaria n.º 2760 de 18/11/2008, que reconhecendo as dificuldades que este processo de pactuação apresenta, exigindo articulação e envolvimento dos representantes indígenas dos Conselhos de Saúde, dos diferentes gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) nas suas várias instâncias de discussões e deliberações, adiou a necessidade deste documento, contudo permaneceu o TP como documento necessário para o recebimento dos recursos previstos.

Os Relatórios de Indicadores de Monitoramento e avaliação do pacto pela saúde (SISPACTO) expressam as metas relacionadas aos atendimentos realizados nos anos de 2008, 2009 e 2010.

Os RAG dos Municípios, do Estado e da FUNASA, expressam em forma detalhada o cumprimento das metas. São apresentados os dados quantitativos de produção de serviços assistenciais ofertados à população em atenção básica e especializada, os programas prioritários, as ações e programas em vigilância em saúde. São analisados os principais dados epidemiológicos utilizados pelo município para demonstrar o nível de saúde da população. O documento referente a essa avaliação é aprovado anualmente pelos respectivos Conselhos de Saúde, sendo considerado o período de 2008 a 2010.

O PES é o instrumento referencial para a condução da política estadual de saúde no Paraná, apresenta o conjunto de metas e estratégias que devem resultar em ações concretas para o avanço do SUS em todo o Estado, expressando o compromisso com a melhoria dos indicadores de saúde e da melhoria da qualidade dos serviços ofertados. O período compreendido por este plano é de 2008 a 2010.

O PDSI-PR, expressa os compromissos da FUNASA, Estado e Municípios em relação à saúde indígena e compõe a base para o estabelecimento dos TCG e dos RAG sobre a saúde indígena, sendo elaborado para o período 2008 a 2010.

As resoluções da Comissão Bipartite Estadual (CIB), são documentos que expressam os compromissos estabelecidos e pactuados entre os gestores estaduais e municipais, em reuniões formais conforme calendário estabelecido, sendo analisadas as resoluções do período de 2008 a 2010.

Além desses documentos, também foi realizada consulta aos bancos de dados oficiais, como: o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde e

Profissionais Habilitados (CNES); o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SISPNI). Ainda, foi realizada consulta ao Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde junto ao Conselho Estadual de Saúde do Paraná e consulta sobre os pagamentos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos municípios investigados. A informação da produção dos estabelecimentos de saúde previstos nos termos de pactuação, não é analisada devido à indisponibilidade.

2.3 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados, procedeu-se a interlocução entre os dados do Sistema de Informações em Saúde, dos indicadores demográficos e socioeconômicos dos municípios e das demais fontes investigadas. Para o tratamento dessas fontes foi seguido um roteiro de análise dos dados, condizente com objetivos da pesquisa, que permitiu a verificação das informações frente a três áreas arroladas na própria Portaria n.º 2656/2007, a saber: compromissos de gestão, condições técnico operacionais dos serviços de saúde e acompanhamento e avaliação.

Com base nesses três âmbitos previamente definidos, foi construído um instrumento para coleta de dados composto por agrupamentos de responsabilidades previstos na portaria 2656/2007, os quais se constituíram em indicadores para analisar o cumprimento dos compromissos previstos para os municípios e afins, compreendendo as seguintes questões norteadoras:

- a) os compromissos de gestão:
 - O município elaborou o termo de compromisso de gestão para atenção a saúde indígena?
 - O município assinou termo de pactuação com definição de responsabilidades e atribuições em relação à saúde indígena?
 - TCG identifica e expressa metas para a melhoria da saúde indígena?

- Os termos foram aprovados e ratificados na Comissão Bipartite Estadual?
 - O município formulou Plano Municipal de Saúde?
 - Plano Municipal de Saúde identifica problemas prioritários em relação à saúde indígena?
 - Plano Municipal contempla metas e estratégias de acordo com os agravos identificados?
 - Plano Municipal contempla possíveis pactos para a oferta de serviços de média e alta complexidade?
 - Os conteúdos do plano municipal estão incorporados às metas estaduais?
 - Há relação entre as metas previstas no Plano Municipal de Saúde e as metas estabelecidas no Plano Distrital de Saúde Indígena?
 - O município participa da elaboração do Plano Distrital de Saúde?
 - Os bancos de dados são alimentados regularmente?
- b) Condições técnico operacionais para atendimento à saúde indígena:
- A gestão municipal é responsável pela administração de unidades que realizam atenção básica à saúde indígena?
 - Os servidores que atuam na atenção básica à saúde indígena são contratados pelo próprio município?
 - A prefeitura mantém contrato com Organizações não Governamentais (ONG), ou outro órgão para a contratação de recursos humanos para atuar em áreas indígenas?
 - Os profissionais responsáveis pela atenção à saúde indígena têm formação específica para a área?
 - É possível identificar a realização de treinamentos específicos para os profissionais que atuam na área indígena?
 - Há formação de consórcios em áreas indígenas cujos limites extrapolam as fronteiras municipais?
 - Há fluxo formal de encaminhamentos de pacientes da área indígena para as unidades municipais?

- Há referencia nos PMS de como é feita a atenção diferenciada para a população indígena?
 - O cadastro de prestadores está atualizado no CNES?
 - Existe convenio para prestação de serviço terceirizado?
 - O município recebe recursos repassados regularmente fundo a fundo para o incentivo a atenção básica dos povos indígenas?
 - O município recebe recursos repassados regularmente fundo a fundo para o incentivo a atenção especializada dos povos indígenas?
 - No Plano Municipal de Saúde é identificada a previsão de recursos próprios municipais para o custeio da atenção a saúde indígena?
 - Existe regularidade dos repasses federais e estaduais?
 - Qual o valor repassado anualmente para o município?
 - O que representa percentualmente o conjunto dos repasses efetuados para a atenção básica e especializada?
- c) O acompanhamento e avaliação das atividades no município:
- No processo de elaboração dos PMS e TP é destacada a atenção à saúde indígena?
 - Ocorre a participação de indígenas na composição do Conselho Municipal de Saúde?
 - É realizada a discussão e aprovação dos RAG no CMS?
 - Os RAG municipais apresentam dados referentes ao atendimento da população indígena
 - Há representação de profissionais que atuam na atenção à saúde indígena no CMS?
 - Nos RAG municipais há referencia sobre a aplicação dos recursos de incentivo repassados?
 - O município participa do CONDISI?
 - O município participa da elaboração do PDSI?

Na prática, esses tópicos mostraram-se interligados, assim, um mesmo dado, obtido pelo relatório, consulta de banco de dados ou outra fonte preestabelecida, por vezes, foi utilizado na discussão de mais de um âmbito. Isto porque há um esforço

analítico para compreender a temática apresentada em meio às relações sociais que a tem forjado, considerando-se o grau de complexidade interna de sua ocorrência (MINAYO; SANCHES, 1993).

O discurso burocrático e político, revelado nas fontes, sendo confrontado com a forma como se organiza o sistema de atenção à saúde indígena e aos dados quantitativos que retratam a realidade dessa população específica, permitiram compreender o modo como a Portaria vem sendo implementada nos municípios investigados, explicitando a forma como interagem para a organização e democratização dos serviços de atendimento à saúde indígena no período analisado e identificando fatores que potencializaram ou limitaram a implementação dos aspectos inerentes à Portaria n.º 2656/2007.

3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO INDÍGENA NO BRASIL

3.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE

Esse capítulo inicia com algumas considerações referentes a políticas públicas e a forma como são implementadas e avaliadas, com a finalidade de dar entendimento aos fenômenos pesquisados. Apresenta, ainda, os elementos necessários para delimitação e contextualização do tema, que é a Política Nacional para a Saúde Indígena, em particular, após a instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e a sua implementação feita por Decretos e Portarias formuladas pelo Ministério da Saúde.

3.2 O PROCESSO DE PRODUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O presente estudo refere-se à análise da implementação de políticas de saúde para a população indígena tendo por base a legislação em vigor no Brasil discutindo a aplicação da PM 2656/2007. Esta portaria da sequência a estratégia de implantação do SSI no SUS estabelecendo novas relações entre os entes federados e regula o repasse pelo governo Federal dos recursos para o custeio da atenção a saúde indígena para os municípios.

A análise dessa política (*policy-making*) possibilitará apreciar o estágio do cumprimento dos objetivos previstos para o atendimento à população indígena nos municípios que assumiram esta responsabilidade no Estado do Paraná.

Não existe uma única ou melhor definição sobre o que seja política pública. O processo do Estado produzir políticas públicas e realizar a sua implementação e avaliação é motivo de discussão por parte de diversos autores. Dentro do campo específico da política pública, alguns modelos explicativos foram desenvolvidos para se entender melhor porque o governo faz ou deixa de fazer alguma ação (HAM; HILL, 1993; SOUZA, 2006).

Policy-making aplica-se ao modo de agir do Estado e se traduz no ato de fazer políticas públicas (VIANA, 1995). Este modo de operar do Estado tem sido estudado por diversos pesquisadores (LINDBLOM, 1980; HOGWOOD; GUNN, 1984; VIANA, 1995; PEREZ, 2006, HILL; HAM, 1993). Nas últimas décadas devido à crescente complexidade dos sistemas políticos, das instituições e das sociedades modernas que influenciaram o modo pelo qual as políticas são produzidas, ressurgiu a importância do conhecimento no campo da política pública, porém, "não se dispõe de modelos acabados ou consensuais para o estudo do processo de decisão de uma determinada política, mas de variadas correntes de pensamento ou abordagens [...]" (LABRA, 1999, p.135).

No processo decisório que envolve as políticas públicas são identificadas etapas diferenciadas, mas que mantêm interdependência. Autores como Lindblom (1980), Medina (1987), Viana (1995) e Labra (1999) identificam as seguintes fases: construção da agenda, formulação e escolha de uma alternativa, implementação e avaliação da política.

A construção da agenda é um espaço de conflitos e negociações onde alguns problemas são reconhecidos e outros não são considerados. Nela é constituída uma lista de problemas ou assuntos que chamam a atenção do governo e do cidadão. Ou seja, um determinado tema é reconhecido enquanto problema de ordem pública. Cada tipo de política pública vai encontrar diferentes formas de apoio e de rejeição. Para Lowi (1972) a política pública pode assumir quatro formatos distintos: políticas distributivas, que geram mais impactos individuais do que coletivos; políticas regulatórias, que são mais visíveis para o público; políticas redistributivas, que atingem um maior número de pessoas impondo perdas para certos grupos e as políticas constitutivas, que lidam com procedimentos.

Segundo Viana (1995), a construção da agenda tende a ser influenciada por processos que de alguma forma provocam a proeminência de determinados temas, e por participantes ativos tanto governamentais (*staff* administrativo, parlamentares, funcionários de carreira) como não governamentais (grupos de interesse, academia, partidos políticos e em alguns casos a mídia).

A etapa de formulação de políticas pode ser entendida como a elaboração de alternativas de ação ou intervenção de ordem pública em resposta a problemas

que constem na agenda política. Esta etapa sofre influências de diversos atores de acordo com as suas escalas de valores, conhecimentos, interesses em jogo, contudo é executada ou deferida por autoridades com reconhecimento legal para esta atividade. A formulação de soluções e a tomada de decisões representam uma fase crucial da produção de política pública (LINDBLOM, 1981).

A implementação representa um processo pelo qual as decisões acomodam-se à realidade, ajustam-se ao campo da aplicação, se inscrevem nas rotinas dos agentes que implementam a política (LEITE; FLEXOR, 2006). É a etapa em que a política formulada se transforma em programa e, em geral, obedece aos objetivos e diretrizes expressos em uma legislação de caráter geral e/ou em normas regulamentadoras (MARTES, *et al.*, 1999). Esta fase poderia constituir-se em simples execução de ações previamente estabelecidas, mas, na prática, é marcada pela imprevisibilidade e renegociações, já que nenhum texto cobre completamente todas as contingências (LINDBLOM, 1981). Esse fato permite mudanças de rumo na política delineada.

Existem duas abordagens metodológicas para o estudo do processo de implementação, o enfoque ou modelo *top-down* e o *bottom-up*, sendo que para ambas há estudos que apontam aspectos críticos e vantagens e nenhum pode ser considerado como ideal. Nesta fase do *policy-making*, o modelo *top-down* seria um ideal normativo para colocar as políticas em prática cujas circunstâncias e o ambiente da implementação seriam os melhores possíveis. Segundo esta concepção, os implementadores cumpririam funções prescritas em obediência a normas e a uma hierarquia, buscando sempre a eficiência. A política seria executada de "cima para baixo", de forma organizada e hierárquica, não havendo qualquer tipo de interação ou atrito entre formuladores, pertencentes à esfera política, e implementadores, funcionários da burocracia governamental (HOGWOOD; GUN, 1984; MENY; THOENIG, 1992; PEREZ, 2006). O enfoque *bottom-up*, possui uma visão micropolítica do comportamento organizacional, o que inclui a busca de consenso, influência e processos de trocas e barganhas na implementação de uma dada política. Assim, a abordagem *bottom-up* enfatiza os incentivos que induzem os agentes implementadores a aderir normativa e operacionalmente aos objetivos da política (SILVA; MELO 2000).

Nesse sentido, Labra (1999) revisando diversos autores define que na etapa de implementação é quando se estabelecem as condições para a sustentação de uma determinada política. Nesta fase aparecem conflitos, resistências, recuos e rejeições frente à mudança. A política sofre alterações durante a implementação e o resultado final pode ser muito diferente do estabelecido inicialmente, gerando conflitos e resistências. Os resultados da implementação são determinados pelos grupos sociais e interesses mais afetados pelas reformas, assim como pelo apoio ou não de funcionários governamentais envolvidos no processo.

A avaliação de políticas, considerada como a última fase do *policy-making*, significa análise crítica que apreende em que medida as metas estão sendo alcançadas e também é entendida como forma de retroalimentar o processo de produção de políticas (LINDBLOM, 1981; HOGWOOD; GUNN, 1984; VIANA, 1995). A avaliação é um processo que envolve necessariamente um julgamento, ou seja, uma aprovação ou desaprovação de uma política ou programa público, o que é feito a partir de uma certa concepção de justiça. Neste sentido, não existe possibilidade de que qualquer modalidade de avaliação ou análise de políticas públicas possa ser apenas instrumental, técnica ou neutra. Para que não se confundam opções pessoais com os resultados da pesquisa, torna-se necessário, o uso adequado dos instrumentos de análise e avaliação (ARRETCHE, 1988).

Ham e Hill (1993) destacam que a preocupação com o estudo sobre a formulação de políticas públicas e sobre os seus resultados é acentuada a partir da década de 60, originando-se daí o conceito de análise de política. Eles consideram que os formuladores passaram a cada vez, ter mais dificuldades para enfrentar os problemas e foram buscar ajuda na construção de alternativas, e os pesquisadores em ciências sociais procuraram construir e aplicar conhecimentos à resolução de problemas concretos do setor público. Wildavski (1979) destaca que a análise de política envolve um certo aprendizado, a partir da experiência, especialmente da experiência do fracasso e da correção dos erros cometidos. Arretche (1988) afirma que qualquer política pública pode ser formulada e implementada de diversos modos, e que a análise de políticas públicas busca reconstituir esses caminhos de forma a interpretá-las como um todo coerente e compreensível, levando-se em conta a engenharia institucional e seus resultados.

Vários autores afirmam que, nas décadas de 1980 e 1990, na América Latina, a avaliação das políticas públicas foi posta a serviço da reforma do setor público para conter gastos públicos, dar transparência, buscar eficiência e produtividade, e que tais reformas pudessem contribuir para uma reavaliação da pertinência das organizações governamentais permanecerem com seu conjunto tradicional de atribuições, num contexto de valorização da provisão privada de bens e serviços.

Conforme afirma Faria (2005), é possível distinguir pelo menos quatro tipos de uso da avaliação, quais sejam: a instrumental, a conceitual, como instrumento de persuasão e para o esclarecimento. O uso instrumental para a tomada de decisão depende da qualidade da avaliação e da adequada divulgação de seus resultados, de sua inteligibilidade e da factibilidade das recomendações propostas. O segundo tipo de uso é o conceitual, usualmente circunscrito aos técnicos locais do programa, a quem não é com frequência atribuída um maior poder de decisão. Nesse caso, as descobertas da avaliação podem alterar a maneira como esses técnicos compreendem a natureza, o modo de operação e o impacto do programa que implementam. Como instrumento de persuasão, ela é utilizada para mobilizar o apoio para a posição que os tomadores de decisão já têm sobre as mudanças necessárias na política ou programa. Por fim, o uso para o esclarecimento, que nem sempre é propositado, mas, acarreta acúmulo de conhecimento oriundo de diversas avaliações, e tem impacto sobre as redes de profissionais e formadores de opinião, alterando crenças e forma de ação das instituições.

O uso das metodologias participativas de avaliação começou a levar em consideração, de maneira mais sistemática, as necessidades e as expectativas dos usuários dos programas e seu impacto sobre a questão do controle social sobre o Estado.

Na literatura, a avaliação de políticas públicas é feita em termos de sua efetividade, eficácia e eficiência, distinção esta que é basicamente um recurso analítico. A avaliação de efetividade é o exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos e/ou resultados, ou seja, seu sucesso ou fracasso em termos de uma efetiva mudança nas condições sociais prévias da vida das populações atingidas pelo programa sob avaliação. Por eficácia, entende-se a

avaliação da relação entre os objetivos e instrumentos explícitos de um dado programa e seus resultados efetivos. A avaliação de eficiência compreende a relação entre o esforço empregado na implementação de uma dada política e os resultados alcançados (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986). A produção e divulgação de avaliações disponibilizam instrumentos que capacitam o cidadão a exercer o princípio democrático de controle sobre a eficiência da ação dos governos (ARRETCHE, 1988).

3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E OS PRINCÍPIOS DO SUS

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu o ideal de saúde como um direito. Este direito se concretiza com a garantia do acesso universal aos serviços assistenciais do sistema público em todos os níveis da atenção à saúde (GIOVANELLA; FLEURY, 1996). A garantia da atenção à saúde, enquanto direito universal, deve ser efetivada pelo SUS, tendo como diretrizes fundamentais a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.

A descentralização tem como princípio básico a municipalização dos serviços de saúde, com os municípios assumindo a gestão das ações e serviços em redes de atenção destinadas a atender a população. Diversos autores atentam para a importância da diferenciação entre descentralização e desconcentração (VIANNA, 1992; ARRETCHE, 1997; JUNQUEIRA, 1995). Na primeira, há transferência de poder do âmbito federal para as outras esferas de governo. Na segunda, há apenas deslocamento de responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores de uma organização.

A gestão a que se refere à legislação do SUS, foi normatizada pela Norma Operacional Básica (NOB-SUS N.º 01/96) e foi conceituada como 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, sendo diferente de gerência que é a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema (BRASIL, 1996).

A atenção integral é uma reação ao modelo de assistência individual, fragmentada, curativa e hospitalocêntrica, ao qual se contrapõe, pelo cumprimento dos preceitos constitucionais e da legislação do SUS. A finalidade da atenção integral é a oferta de ações dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde, em que o contato com os serviços é utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da saúde, prevendo inclusive a atenção para grupos populacionais específicos como os indígenas.

A participação social se expressa pela efetiva participação do cidadão em todas as etapas do processo da política de saúde, deliberando e fiscalizando os recursos financeiros e as ações de saúde. O SUS identifica o usuário como membro de uma comunidade, com direitos e deveres, e não como receptor passivo de benefícios do Estado. Para isso, a participação popular no SUS tem previsão constitucional e legal, com o propósito de conferir à gestão do SUS realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade de resultados.

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 Portarias e normas institucionais. Essas têm definido referências para o funcionamento do sistema, organizando o desenho institucional, estabelecendo responsabilidades e mecanismos de pactuação entre as esferas de governo que compõem o federalismo do Estado brasileiro.

Em se tratando do processo de constituição e descentralização do SUS, a implementação engloba uma vasta gama de atores. Esta etapa abarca a burocracia estatal e demais funcionários da União, dos Estados e dos mais de cinco mil municípios, além da participação legal das instâncias colegiadas do SUS. Nessa burocracia, os atores dependem da coordenação e do controle hierárquico, sendo exercido o papel regulador do Estado por meio de leis, normas e portarias e por concertação, por persuasão e por coerção (LABRA, 1999).

Se por um lado, os técnicos e gestores possuem certa autonomia para traçar estratégias e implementar ações, por outro, estão subordinados ao poder executivo municipal, cujos interesses podem não ser condizentes com as metas estabelecidas. A ação dos técnicos está ainda limitada por regras e normas

estabelecidas em outras esferas de governo, em particular as econômico-financeiras. Logo, especificamente no caso da saúde, a autonomia da burocracia municipal é reduzida.

Tal como apontam os autores citados, os imprevistos da implementação podem dar surgimento a políticas complementares, de caráter mais específico. Essa questão está presente no SUS, quando a partir de uma política global para a atenção à saúde foram derivadas outras ações para dar atendimento a situações peculiares, como é o caso da saúde indígena.

Outro fato a ser destacado em relação à implementação do SUS é de que uma série de decisões deve ser tomada por parte das três esferas de governo e pelos órgãos colegiados. Essas decisões podem implicar em modificações no rumo de ações e devem ser avaliadas. Figueiredo e Figueiredo (1986) afirmam que estas avaliações podem ser de processo, averiguando se o programa está sendo ou se foi implementado de acordo com as diretrizes concebidas atingindo as metas desejadas, ou de impactos pela aferição dos efeitos do programa sobre a população alvo.

Nesse sentido, a avaliação em saúde é um processo contínuo de crítica e reflexão sobre práticas e processos executados no âmbito dos serviços de saúde. Ela não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre os atores sociais.

As Portarias Ministeriais e as normas operacionais editadas pelo MS podem ser definidas como documentos operacionais cujo caráter dinâmico e flexível permite a incorporação de peculiaridades que vão colaborando para a configuração do SUS. A análise de uma Portaria Ministerial, como a n.º 2656/2007, que regula e define papéis institucionais, pode ser considerada como uma avaliação processual do estágio de implantação do SUS e da política de saúde indígena no âmbito municipal, mesmo que, em alguns momentos, seja necessário reportar-se ao *policy-making* da saúde de forma mais ampla para compreensão dos fatos ocorridos.

3.4 A PRODUÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

Desde o início da colonização do país até o início do século XX, quando houve a criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), os atendimentos à saúde desses povos eram feitos de maneira ocasional por parte dos missionários. Foi a partir de 1910, com a criação do SPI, que se iniciou uma intervenção mais acentuada do Estado. Um dos objetivos do SPI era o de atender os problemas de saúde indígena (LANGDON, 2000). Já nesta época, havia consenso de que a população indígena requeria uma estrutura específica para atendimento das suas necessidades em saúde, devido a fatores culturais, ao difícil acesso à saúde e a fatores epidemiológicos.

O Estatuto do Índio, criado em 1973 e em vigor até os dias atuais, é o principal documento normativo que regula a situação jurídica dos índios e das comunidades indígenas no país (AITH, 2009). Contudo, mantém diversos aspectos que confrontam com os interesses indígenas. Uma das questões é a que enfatizava a integração dos indígenas à sociedade nacional e que deixariam de existir como dimensões diferenciadas.

Em seu artigo 1.º, o Estatuto prevê a proteção dos índios por todas as leis que vigoram no país e, no seu artigo 2.º, estabelece competências para a União, os Estados e os Municípios para a proteção e a preservação dos direitos indígenas. No artigo 54.º, está previsto o direito dos índios à saúde facultados à comunhão nacional, ou seja, os indígenas têm os direitos aos serviços de saúde prestados pelo SUS (AITH, 2009).

A partir dos anos 80, observam-se mudanças substanciais nas bases ideológicas das políticas públicas voltadas para os povos indígenas, com o reconhecimento dos seus direitos de manter suas culturas e tradições. A Constituição Federal, de 1988, estabeleceu importantes mudanças na forma de relação do Estado brasileiro com os povos indígenas. Foi assegurado o reconhecimento dos direitos indígenas, assim como o dever do Estado em proteger e preservar tais direitos (AITH, 2009).

O artigo 231 da Constituição Federal indica as bases de proteção aos direitos indígenas: "são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes,

línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens" (SANTOS *et al.*, 2008). No novo desenho constitucional, a União assume o reconhecimento dos direitos dos povos indígenas de viverem de acordo com seus próprios princípios culturais e sociais, ou seja, o direito de serem diferentes dos demais segmentos da sociedade nacional, e assim se manterem.

A formulação de políticas públicas para a saúde dos povos indígenas tomou impulso no país na década de 1980, conjuntamente com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira. As lideranças indígenas associaram-se aos demais segmentos da sociedade civil na mobilização pela conquista da saúde como um direito universal. A 1.^a Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI) ocorreu concomitantemente à 8.^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e referendou a recomendação de que a atenção à saúde dos povos indígenas deveria ser coordenada pelo MS, por meio de um subsistema de saúde indígena de acordo com os princípios do SUS, com respeito à cultura e às práticas tradicionais de cada grupo indígena (LANGDON, 1999). É levantada a necessidade da participação indígena em todas as etapas do processo de formulação das políticas de saúde, bem como na gestão, execução e avaliação das ações e serviços de saúde.

É importante destacar que até ser transferida para a FUNASA, em 1991, por meio do Decreto n.º 23, a responsabilidade pelo atendimento à saúde indígena era da FUNAI, cujos serviços eram insuficientes para atender aos indígenas devido à precariedade de estrutura física, poucos recursos financeiros e pouca qualificação dos funcionários para realizar esta atividade.

A 2.^a CNSI, realizada em 1993, estabeleceu princípios gerais para a política de saúde indígena definindo que a responsabilidade pela assistência era do Governo Federal, sem excluir a participação de Estados e Municípios, que o sistema deveria oferecer uma assistência diferenciada considerando as diversas etnias, que a formação dos recursos humanos e a assistência deveriam contemplar o respeito à medicina tradicional e propôs a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), com equipes multidisciplinares e com controle social indígena.

Fruto das disputas políticas entre a FUNAI e a FUNASA, e na contramão do que estava sendo proposto, é promulgado o Decreto Federal n.º 1141/1994, que constituiu a Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (CISI) devolvendo a coordenação da saúde indígena para a FUNAI, que se tornou responsável pelo componente curativo, enquanto o MS se encarregaria das ações de prevenção, sem contudo ser revogado o Decreto 23/1991.

Em 1999 é promulgada a Lei n.º 9836, a "Lei Arouca", estabelecendo o subsistema de atenção à saúde indígena, que junto com o Decreto Federal n.º 3156, de agosto de 1999, definem as bases legais para a criação dos DSEI, cabendo ao MS à responsabilidade de estabelecer as diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, com as ações sendo desenvolvidas pela FUNASA.

A 3.ª CNSI, realizada em 2001, reconheceu a gravidade da situação de saúde entre os indígenas e propôs a garantia da assistência integral em todos os níveis da atenção primária e promoção da saúde até a hospitalar, implementar ações de vigilância em saúde, fortalecimento do controle social, formação dos agentes de saúde indígena, desenvolvimento e/ou contratação de recursos humanos para os DSEI com formação adequada para trabalharem com culturas diferenciadas e implantar e implementar os diversos programas de saúde definidos pelo MS nas áreas indígenas (FUNASA, 2001).

Em 2004, a FUNASA assumiu a responsabilidade pela execução das ações de saúde que até então era de competência da FUNAI, fazendo-a com uma proposta pautada na valorização dos saberes e práticas tradicionais, considerando a peculiaridade de cada povo como condição essencial para a atenção específica e integral a sua saúde. Apesar de não estar preparada, a FUNASA procurou concretizar uma proposta cujas bases foram estabelecidas pelas CNSI.

Em 2005, foi realizada a IV CNSI, com o tema "Distrito Sanitário Especial Indígena: território de produção da saúde, proteção da vida e valorização das tradições". Essa conferência ressaltou o caráter prioritário da atenção diferenciada, o desafio da consolidação da saúde como direito e os avanços proporcionados pelo controle social. Porém, também assinalou que existem dificuldades causadas pelos gestores que ainda não reconhecem a importância do controle social (FUNASA, 2006).

3.5 A IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE INDÍGENA

Como já citado, uma das etapas do *policy-making* é a implementação, em que a efetivação de uma política é amparada por uma legislação de caráter geral e regulamentada por normas específicas. No caso do SUS, o amparo legal encontra-se na Constituição Federal e sua regulamentação na Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8080/90), na Lei n.º 8142/90 e na Lei n.º 9836/1999, que altera dispositivos da Lei n.º 8080/90. Em 1999, a Lei n.º 9836, de autoria do Deputado Sérgio Arouca, criou a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (PNSPI), estabelecendo um subsistema de atenção à saúde diferenciado e articulado com o SUS, de modo a contemplar as especificidades dos povos indígenas.

A atenção diferenciada está relacionada com a necessidade de que os modelos assistenciais de saúde implantados nas áreas indígenas, respondam aos conceitos de saúde e doença segundo cada etnia em particular e considerem legítimas as diferenças de interpretação destes conceitos, que fazem parte de um sistema cultural. Para tanto, é necessária a incorporação nas equipes de saúde de representantes da comunidade treinados como agentes de saúde e de que os profissionais de saúde contemplem adequações na abordagem da comunidade e reconheçam a interface com a medicina indígena.

A responsabilidade de gestão desse subsistema foi atribuída à FUNASA, órgão vinculado ao MS, sendo que para a organização da oferta de serviços de saúde aos povos existentes no Brasil foram criados 34 DSEI. A ideia central é que o subsistema de atenção à saúde indígena funcione integrado com o SUS, tendo como diretrizes principais a universalidade, a regionalização, a integralidade e a participação da comunidade na organização e gestão dos serviços.

O financiamento do subsistema de atenção à saúde indígena será feito pela União, podendo ser direcionado para o custeio dos serviços próprios realizados pelo MS e pela FUNASA ou por terceiros, sejam eles municípios ou as instituições conveniadas de direito privado. Pode haver financiamento complementar por Estados, Municípios e demais participantes da rede de atenção à saúde indígena (AITH, 2009).

Nos primeiros anos de criação do Subsistema de Saúde Indígena, grandes esforços foram direcionados para a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde e o estabelecimento de uma estrutura organizacional de gestão na FUNASA. O estabelecimento dos 34 DSEI, por meio da Portaria n.º 852/1999, foi acompanhado por um aumento considerável de recursos financeiros destinados à saúde indígena, com incremento no número de profissionais e na oferta de programas de saúde (LANGDON, 2007).

Aos DSEI caberia atuar como unidades de execução das ações destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, com complementariedade das práticas da medicina indígena que configurariam a atenção diferenciada, segundo as peculiaridades e o perfil epidemiológico de cada comunidade. Ainda, a responsabilidade sanitária sobre determinado território indígena e a organização de serviços de saúde hierarquizados, com a participação do usuário e sob controle social exercido pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena, composto de forma paritária por representantes dos usuários e representantes de Instituições Governamentais.

A gestão do DSEI é feita por representantes das comunidades indígenas, um chefe distrital, um chefe da Casa do Índio e terá Conselhos Locais de Saúde.

Esses conselhos devem ser ativos e propiciar o protagonismo indígena na definição de qual seja a melhor maneira de tornar concreto para essas comunidades o direito à saúde. O desafio maior é ajustar o funcionamento dos conselhos às formas do exercício do poder político no mundo indígena e dar transparência a eles quanto à forma de funcionamento das instituições de saúde (GARNELO *et al.*, 2003).

O Decreto n.º 3156/99 estabelece que é responsabilidade da união executar a atenção à saúde indígena, mas sem prejudicar aquelas que são realizadas por Estados e Municípios. A Portaria n.º 1163/GM, de 14 de setembro de 1999, dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas e determina que a execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas será feita por intermédio da FUNASA, em estreita articulação com a Secretaria de Assistência a Saúde (SAS).

São atribuídas a FUNASA diversas responsabilidades, tais como: a implantação dos DSEI; a garantia da referência para a atenção à saúde de média e alta complexidade na rede de serviços já existentes; a garantia da participação dos povos indígenas nas instâncias de controle social; a disponibilização de recursos humanos em quantidade e qualidade necessárias para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde dos povos indígenas; a articulação com municípios, estados, outros órgãos governamentais e organizações não governamentais; a capacitação dos profissionais de saúde e a garantia da educação permanente dos agentes indígenas de saúde e dos instrutores/supervisores.

Cabe à SAS a organização da assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito nacional, conjuntamente com estados e municípios e a garantia do acesso dos indígenas ao SUS. A opção da utilização desse órgão foi devida ao fato de ser atribuição legal e específica da União à atenção à saúde indígena para evitar o acirramento de conflitos entre os povos indígenas e as administrações municipais, em franca oposição ao processo de descentralização do SUS. Outra questão a ser considerada é de que 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.

A Portaria n.º 1163/99 criou o Fator de Incentivo de Atenção Básica (FIA) aos povos indígenas, destinado às ações e procedimentos de assistência básica de saúde e ao apoio à implantação de agentes de saúde indígena e de equipes multidisciplinares para atenção à saúde das comunidades indígenas. No caso de execução direta por Municípios, estes terão o valor correspondente acrescidos ao seu teto e transferidos fundo a fundo diretamente pela SAS. Estabelece, ainda, o fator de incentivo para a assistência ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico à população indígena, que será destinado para os estabelecimentos hospitalares que considerem as especificidades da assistência à saúde das populações indígenas e que ofereçam atendimento às mesmas, em seu próprio território ou região de referência.

A partir de 1999, o modelo posto em prática pela FUNASA para o funcionamento dos DSEI é o da terceirização das ações de saúde, com celebração de

convênios entre o governo e as organizações prestadoras de serviços, renunciando a execução direta de serviços. Segundo Garnelo e Sampaio (2005), esta situação não ocorreu em nenhuma outra área do SUS, mesmo quando o governo Federal comprava serviços privados, ele não deixava de executá-los. Na relação com os governos estaduais e municipais, os repasses se efetivaram na modalidade fundo a fundo e contribuíram para agilizar o financiamento dos sistemas locais e fixar as equipes para a continuidade de programas de saúde.

Nessa condição de terceirização dos serviços, a União mediante contratos e convênios financia a prestação dos serviços que acabam sendo executados na prática pelos municípios, por meio da rede municipal de saúde e pelas ONGs conveniadas (AITH, 2009).

3.6 A POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAUDE DOS POVOS INDÍGENAS A PARTIR DE 2002

A Portaria n.º 254, de 31 de janeiro de 2002, aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), cuja implementação requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde e que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, é criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que tornem factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social.

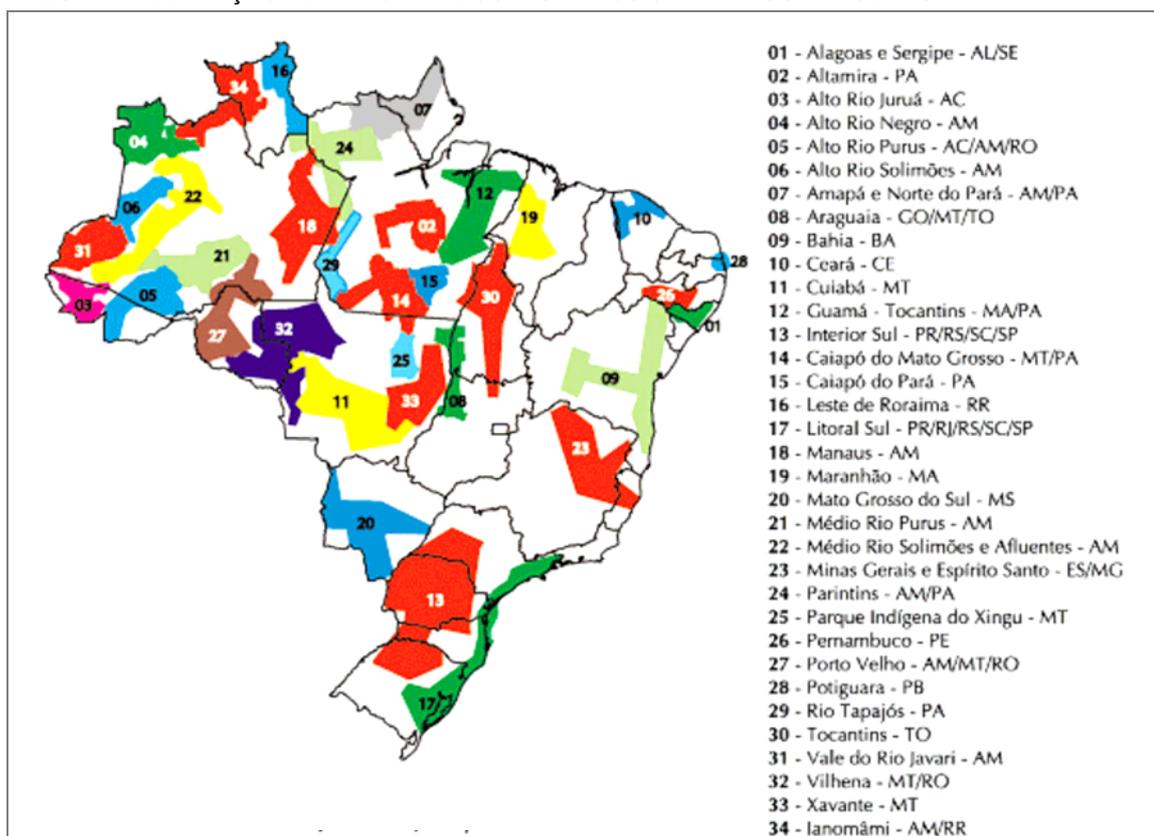
O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável

aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. Para o alcance desse propósito são estabelecidas diretrizes, que devem orientar o planejamento, a implementação, a avaliação e o controle das ações de atenção à saúde dos povos indígenas: organização dos serviços de atenção na forma de DSEI e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam; preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; monitoramento das ações de saúde; articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; promoção do uso adequado e racional de medicamentos; promoção de ações específicas em situações especiais; promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde; promoção de ambientes saudáveis com proteção da saúde indígena e controle social

O Distrito Sanitário é um modelo de organização de serviços orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional, epidemiológico e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativas e gerenciais necessárias à prestação da assistência. O tema da distritalização vem sendo explorado por autores como Magalhães (2000), Athias e Machado (2001), Pedrosa (2002), Garnelo (2002), Garnelo *et al.* (2003) e Langdon (2004), cujas análises demonstram avanços na extensão de cobertura e no financiamento do setor, mas enfatizam também a baixa sensibilidade cultural da atenção dispensada, a irregularidade e baixa qualidade dos serviços dispensados (GARNELO, 2004).

A definição territorial dos DSEI não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas, conforme é possível observar na figura 2.

FIGURA 2 - DEFINIÇÃO TERRITORIAL DOS DISTRITOS SANITÁRIOS INDÍGENAS



FONTE: Desai/Funasa/MS (2003)

Cada distrito deve ter uma rede de serviços de atenção básica nas áreas indígenas, integrada, hierarquizada e articulada com a rede do SUS sendo as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) importantes espaços de articulação para seu eficaz funcionamento. As equipes de saúde dos distritos são multidisciplinares e estabelecidas de acordo com o planejamento detalhado de atividades. Nas aldeias, a atenção básica será realizada por intermédio dos Agentes Indígenas de Saúde e nos postos de saúde pelas equipes multidisciplinares

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades tem uma outra instância de atendimento, que são os Pólos-Base. Os pólos 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 correspondendo a uma unidade básica de saúde já existente. As demandas que não são atendidas no grau de resolutividade dos Pólos-Base devem ser referenciadas para a rede de serviços do SUS, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo indígena, por intermédio de diferenciação de financiamento.

FIGURA 3 - MODELO ASSISTENCIAL PARA A SAÚDE INDÍGENA



FONTE: Desai/Funasa/MS (2003)

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidade, são definidos procedimentos de referência, contra-referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados. Devem ser oferecidos, ainda, serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do SUS e que são prestados pelas Casas de Saúde Indígena, localizadas em municípios de referência dos distritos a partir da readequação das Casas do Índio.

A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não. 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.

Para acompanhar as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do Distrito Sanitário é organizado um sistema de informações, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde, voltado para a população indígena. O princípio que permeia todas as diretrizes da PNASPI é o respeito às concepções, valores e práticas

relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas.

As ações que envolvem, direta ou indiretamente, a assistência farmacêutica deve partir das necessidades e da realidade epidemiológica de cada Distrito Sanitário e estar orientadas para garantir os medicamentos necessários. Devem também compor essas ações as práticas de saúde tradicionais que envolvem o conhecimento e o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional.

Para a efetiva implementação e consolidação da PNASPI deverão ser consideradas e priorizadas ações para situações consideradas especiais, isto é, caracterizadas fundamentalmente por risco iminente, devidas aos impactos econômicos e sociais de grandes projetos de desenvolvimento, vulnerabilidade derivada do tipo de contato, exposição a determinados agravos, como as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS, o suicídio, os desastres ambientais entre outros.

A FUNAI e a FUNASA, devem adotar e promover o respeito à Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e à Resolução n.º 304/2000, que diz respeito à temática especial: pesquisas envolvendo populações indígenas.

O equilíbrio das condições ambientais nas terras indígenas é um fator de crescente importância para a garantia de uma atenção integral à saúde e as ações de saneamento básico, que serão desenvolvidas no Distrito Sanitário, devem ter como base critérios epidemiológicos e estratégicos que assegurem à população água de boa qualidade, destino adequado dos dejetos e lixo e controle de insetos e roedores.

A participação indígena deve ocorrer em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos DSEI, por intermédio da constituição de Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena; por reuniões macrorregionais envolvendo os diversos estados pertencentes à área distrital, pelas Conferências Nacionais de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Fórum Nacional sobre a Política de Saúde Indígena e pela presença de representantes indígenas nos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

As características excepcionais da assistência à saúde dos povos indígenas determinam a necessidade de uma ampla articulação em nível intra e intersetorial,

cabendo ao órgão executor dessa política a responsabilidade pela promoção e facilitação deste processo. Cabe ao MS a responsabilidade pela gestão e direção da PNASPI, sendo a FUNASA o órgão responsável pela execução das ações. As Secretarias Estaduais e Municipais devem atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, em articulação com o MS/FUNASA.

As ações a serem desenvolvidas pelos DSEI são financiadas pelo orçamento da FUNASA e do MS, podendo ser complementadas por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada. Os estados e municípios também deverão atuar complementarmente, considerando que a população indígena está contemplada nos mecanismos de financiamento do SUS (FUNASA 2002). A complementariedade prevista colide com a proposta de estruturação do SUS que está direcionado aos municípios. As justificativas apresentadas para que não se faça a municipalização da saúde indígena não têm sido suficientes para provocar uma ampla discussão sobre o tema nos espaços de decisão política do SUS e encontrar formas de equacionar os problemas estruturais que comprometem o resultado dos esforços até aqui empreendidos, como afirma Garnelo (2004).

A terceirização dos serviços de saúde, por meio de parceiras com as prefeituras e ONGs, aponta problemas ainda mais graves, constatando-se insatisfação com os cuidados de saúde, pouca transparência na aplicação de recursos, pesada carga burocrática, atraso no repasse de parcelas dos convênios e limitações técnicas para responder às complexas demandas sanitárias. (GARNELO, 2004, p.15).

As Portarias n.º 069/2004 e n.º 741/2004, respectivamente, criam e ampliam o Comitê Consultivo da PNASPI, de caráter consultivo, composto por representantes de gestores, usuários e prestadores de serviço/trabalhadores de saúde, inclusive com representações do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Apesar dos esforços, não há uma clara definição das inter-relações a serem estabelecidas entre o subsistema de saúde indígena e as gerências municipais e estaduais do SUS, encarregadas de coordenar a política de saúde nos municípios e unidades federadas de moradia dos indígenas cobertos pelos DSEI, e para onde devem ser encaminhados os problemas sanitários cuja resolutividade ultrapasse a capacidade instalada nos distritos sanitários (GARNELO, 2004).

A Portaria n.º 070/2004 aprova as diretrizes de gestão da PNASPI, definindo a autoridade sanitária dos chefes de DSEI, as competências dos órgãos do MS e o papel complementar de Estados, Municípios e outras instituições governamentais e não-governamentais.

A FUNASA, com a contratação do consórcio IDS-SSL-CEBRAP (RAGGIO *et. al.*, 2009), realizou um diagnóstico situacional do subsistema de saúde indígena envolvendo a atuação dos DSEI, em relação a sua organização, atenção, gestão, financiamento e avaliação. Em relação à análise organizacional apresentam um quadro institucional complexo, com várias organizações envolvidas na prestação dos serviços, que necessitam trabalhar coordenadamente, no qual o planejamento e a avaliação estão descoladas do financiamento com dificuldades para o controle da qualidade do serviço ofertado. O controle social tem fragilidades, permanecendo o sistema dependente de controles técnicos e administrativos (RAGGIO *et. al.*, 2009).

Na atenção à saúde, há pouca clareza sobre o significado de atenção diferenciada, há deficiências de estrutura física, de logística e de comunicação, falta de profissionais com pouca qualificação destes para o atendimento, precária assistência farmacêutica e os serviços ofertados têm pouca capacidade resolutiva (RAGGIO *et. al.*, 2009).

A análise da gestão identifica problemas na capacidade gestora dos DSEI, fragilidade do plano distrital como instrumento de planejamento e dificuldades na relação da FUNASA com prestadores de serviço terceirizados. Evidencia a precariedade dos vínculos empregatícios dos profissionais que atuam na saúde, com carências, má distribuição e baixa qualificação dos mesmos, com dificuldades dos DSEIS para a sua capacitação (RAGGIO *et. al.*, 2009).

Apesar das dificuldades operacionais na sua implementação, autores que analisaram essa política assinalam que é possível considerar que do ponto de vista jurídico, em seus aspectos normativos, existem princípios e diretrizes capazes de oferecer aos povos indígenas uma atenção à saúde adequada (AITH, 2009). Contudo, há variabilidade na execução desses princípios nos diversos Estados pelas instituições encarregadas de atender às necessidades e demandas dos índios (LANGDON, 2004).

3.7 PORTARIA N.º 2.656 DE 17 DE OUTUBRO DE 2007

A finalidade do presente trabalho não é avaliar a política de saúde indígena em sua totalidade como integrante do SUS, amparada pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde, como é previsto em uma das fases do *policy-making*. O que se analisa é o processo de efetivação de seus princípios, a partir da implementação da Portaria n.º 2657/2007 e os seus reflexos no nível municipal.

A portaria 2656/2007 foi editada em substituição a portaria 1163/1999, como uma resposta às necessidades de uma melhor definição das responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas no MS, estendendo para a PNASPI princípios operacionais, de gestão, aplicação de recursos e de controle social em vigor para o conjunto do SUS. Em especial, regulamenta os Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas criados pela Portaria n.º 1163/99.

Nas considerações iniciais da referida Portaria, o MS chama para si a responsabilidade da atenção à saúde indígena, contudo, define responsabilidades e atividades complementares para os Estados e Municípios, com o argumento de organizar a atenção integral a saúde indígena, respeitando suas especificidades étnicas e culturais.

O respeito às especificidades étnicas e culturais, está associado ao conceito de atenção diferenciada, que no modelo de atenção à saúde indígena implementado no Brasil é um conceito chave, em que as ações em saúde devem ser sócio-culturalmente adaptadas, levando em consideração particularidades culturais, epidemiológicas e logísticas para o atendimento das comunidades indígenas.

Considera que a PNSI deve utilizar os mecanismos de pactuação já existentes com os municípios para a atenção básica e especializada, bem como os de financiamento, com o repasse fundo a fundo dos valores pactuados.

Reforça a necessidade do protagonismo indígena, ao afirmar que os índios devem participar da formulação, deliberação, execução, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde.

A FUNASA é responsável pelo planejamento, coordenação e execução das ações de atenção à saúde para as comunidades indígenas em estreita articulação

com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, e complementarmente pelas Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS).

Os Incentivos de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI) e para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI), são transferidos ao respectivo gestor na modalidade fundo a fundo mediante pactuação e comporção blocos de financiamento da atenção básica e da média e alta Complexidade.

A aplicação dos recursos deve estar em conformidade com o Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) e com o Plano Estadual e Municipal de Saúde que devem inserir as ações voltadas à saúde indígena, de forma compatível com o PDSI. O IAB-PI é estipulado a partir de um valor fixo, adicionado a um valor complementar per capita, devendo ser utilizado para ofertar consultas e procedimentos de atenção básica às comunidades indígenas. O IAE-PI destina-se à implementação qualitativa e equânime da assistência ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico à população indígena e incidirá sobre os procedimentos pagos no sistema de internações hospitalares do SUS, proporcionais à oferta de serviços prestados pelos estabelecimentos às populações indígenas, no limite de até 30% da produção total das internações pagas aprovadas. (PM n.º 2656/ 2007).

Os incentivos objetos de regulamentação da Portaria são repassados a municípios e a estados mediante o Termo de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas (TPASPI), que se refere às responsabilidades e atribuições na atenção à saúde dos povos indígenas pactuados pela FUNASA, SAS, Municípios ou Estados, Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e aprovado nos respectivos Conselhos de Saúde Municipais ou Estaduais e, posteriormente, ratificados na CIB com a participação de representantes dos DSEI e dos CONDISI.

O monitoramento do IAB-PI e o IAE-PI se dá por meio da verificação da utilização dos sistemas nacionais de informação a serem preenchidos e remetidos ao MS pelos Municípios e Estados contemplados, sob o risco de haver interrupção dos repasses quando não forem preenchidos os dados ou houver malversação dos recursos. O acompanhamento e a avaliação da aplicação dos recursos do IAB-PI e IAE-PI se dá por meio dos CONDISI e dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde ficando revogada a Portaria n.º 1.163/GM, de 14 de setembro de 1999.

O estabelecimento de incentivos financeiros, por parte da União, para ações de saúde, insere nas relações de gestão a relação de compra e venda que os mecanismos de repasse fundo a fundo querem evitar. Reaviva o conceito de que se realiza o que se recebe e fere o princípio da autonomia de gestão, inerente ao processo de descentralização (BUENO; MERHY, 1997).

O MS, por meio da SAS e da FUNASA, deve identificar os estabelecimentos assistenciais na rede do SUS que melhor se enquadram ao perfil de referência à atenção especializada para as comunidades indígenas, que serão pactuados pelo respectivo gestor.

Os municípios podem estabelecer consórcios para o remanejamento de recursos entre si e para a 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. No caso dos municípios não terem condições técnico-operacionais para aderir ao atendimento especificado, as SES poderão receber transitoriamente esses recursos.

A Portaria define, ainda, a composição das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI). Para o Núcleo Básico de Atenção à Saúde Indígena a equipe será composta por profissionais de saúde como: Enfermeiro, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, Médico, Odontólogo, Auxiliar de Consultório Dental, Técnico de Higiene Dental, Agente Indígena de Saúde, Agente Indígena de Saneamento, Técnico em Saneamento, Agentes de Endemias e Microscopistas na Região da Amazônia Legal. O Núcleo Distrital de Atenção à Saúde Indígena deve ser composto por profissionais que atuam na saúde indígena e que não contemplados na composição anterior, tais como nutricionistas, farmacêutico-bioquímicos, antropólogos, assistentes sociais e outros.

O TPASPI deverá ser parte integrante do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) que formaliza o pacto pela saúde nas suas dimensões pela vida, em defesa do SUS e de Gestão, contendo os objetivos e as metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias dos gestores nos diferentes níveis e os indicadores de monitoramento e avaliação.

As atribuições da FUNASA são de garantir o acesso e integralidade do cuidado à saúde das comunidades indígenas; estabelecer diretrizes para a organização e operacionalização da atenção em saúde; implementar e gerenciar os DSEI; garantir recursos financeiros para o desenvolvimento das ações: garantir recursos humanos em quantidade e qualidade necessárias, utilizando como estratégia complementar, a articulação com municípios, estados e ONGs; realizar acompanhamento, supervisão, avaliação e controle das ações desenvolvidas no âmbito dos DSEI, em conjunto com os demais gestores do SUS; articular junto aos municípios, estados e conselhos locais de saúde (CLS) e CONDISI os atos de pactuação para o atendimento, transporte e referências e fazer seu acompanhamento; promover as condições necessárias para os processos de capacitação, formação e educação permanente dos profissionais que atuam na Saúde Indígena; realizar os investimentos necessários para o saneamento ambiental; realizar e manter o cadastro nacional da população indígena atualizado; fazer o cadastramento e atualização do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde em conjunto com os gestores responsáveis e alimentar os sistemas nacionais de informação do SUS.

As atribuições dos estados são de prestar apoio técnico; atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena, conforme definido no PDSI, nos TPASPI e no respectivo Plano Estadual de Saúde (PES); alimentar os sistemas nacionais de informação do SUS com os dados relativos à Atenção à Saúde Indígena, manter atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e dos estabelecimentos de saúde; organizar fluxos de referência; garantir e regular o acesso aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; participar do CONDISI; participar do acompanhamento e avaliação das ações, em conjunto com os DSEI e as SMS e encaminhar os TPASPI para homologação na CIB.

Os municípios devem atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena, conforme definido no PDSI, nos TPASPI, e descritas no respectivo Plano Municipal de Saúde (PMS); alimentar os sistemas nacionais de informação do SUS, com os dados relativos à Atenção à Saúde Indígena, mantendo atualizado o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde; assegurar a participação de representantes indígenas e dos profissionais das

equipes multidisciplinares de saúde indígena no Conselho Municipal de Saúde (CMS) nos municípios envolvidos na Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; participar do CONDISI; participar da elaboração do PDSI; garantir a inserção das metas e ações de atenção básica para as comunidades indígenas no PMS; enviar à CIB os TPASPI para avaliação e homologação e definir, em conjunto com a FUNASA, o perfil dos profissionais que comporão as equipes multidisciplinares de saúde indígena

São estabelecidas as atribuições da participação complementar feita por terceiros (organizações indígenas e ONGs), quando as disponibilidades dos serviços públicos de saúde forem insuficientes para execução das ações de atenção à saúde indígena previstas no PDSI.

A Secretaria de Assistência a Saúde (SAS) do Ministério da Saúde deve organizar, em conjunto com a FUNASA, Estados e Municípios, a Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, no âmbito nacional possibilitando o acesso a todos os níveis de atenção do SUS. Deve adequar os sistemas de informações do SUS para a inclusão do registro da atenção à saúde indígena e viabilizar que Estados e Municípios de regiões atuem complementarmente no custeio por meio de repasses de recursos fundo a fundo e na execução das ações de atenção ao índio.

As atribuições dos Conselhos Distritais e dos Conselhos Locais de Saúde Indígena são de participar do processo de formulação das necessidades e metas a serem objetos dos Termos de Pactuação expressas nos PDSI, em conjunto com o DSEI e acompanhar as referidas pactuações no âmbito de abrangência de seu Conselho.

No Paraná, foram previstos pela Portaria os seguintes municípios para o recebimento dos incentivos; Abatiá, Candido de Abreu, Chopinzinho, Coronel Vivida, Diamante do Oeste, Espigão Alto do Iguaçu, Guaíra, Guaraqueçaba, Inácio Martins, Laranjeiras do Sul, Londrina, Mangueirinha, Manuel Ribas, Nova Laranjeiras, Ortigueira, Palmas, Paranaguá, Piraquara, Pontal do Paraná, Santa Amélia, São Jerônimo da Serra, São Miguel do Iguaçu, Tomazina e Turvo, totalizando a previsão do atendimento de 11.427 indígenas e um valor anual de repasse de R\$ 3.022.800,00 (três milhões vinte e dois mil e oitocentos reais).

No ano de 2009, o Ministério da Saúde, publicou a portaria ministerial n.º 2048/2009, que instituiu o regulamento do SUS. Esta portaria revogou uma série de atos normativos do Ministério, entre eles a PM 2656/2007. Porém o Ministério, revisou esta decisão com as PM 2230/2009 e PM 2792/2010 e estendeu a validade da Portaria 2656/2007 até abril de 2011. Portanto, para o período em análise dos efeitos da Portaria que foram os anos de 2008, 2009 e 2010, este ato normativo estava em pleno vigor.

Apesar da PM n.º 2656/2007 regular as relações entre os diversos atores envolvidos no processo e assegurar a população indígena seu direito à saúde e regularizar o financiamento dos serviços pelos incentivos financeiros, ela tem sofrido diversas críticas, na medida em que para alguns ela significa a municipalização da atenção da saúde indígena e porque os povos indígenas questionam a sua eficácia para a solução dos problemas na atenção à saúde das comunidades.

Contudo, ela apresenta potencial para promover modificações com repasses de recursos financeiros, garantia da participação indígena no processo de planejamento, vinculação às diversas políticas e programas executados no SUS e compartilhamento de responsabilidades pelas três esferas de governo.

A edição de Portarias e normas pelo SUS pretende dar conta das dificuldades encontradas como já descrito para o processo de implementação das políticas de saúde. A análise dos efeitos dessas alterações nos rumos da política de saúde indígena é necessária para auxiliar no processo de ajuste dos eventuais equívocos ocorridos durante a fase de implementação.

3.8 A CRIAÇÃO DA SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA - SESAI

Após um longo processo em que as lideranças indígenas, o movimento sanitário e o Congresso Nacional, debateram a questão da saúde indígena, foi promulgado o Decreto 7336 de 19 de outubro de 2010, que cria a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), que passa a assumir as atribuições até então realizadas pela FUNASA e a subordina ao Ministério da Saúde garantindo recursos próprios assegurados pelo orçamento da União.

A SESAI tem a missão de descentralizar e desburocratizar as ações de saúde para os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que passaram por reestruturação para funcionarem como unidades gestoras autônomas, mantendo a responsabilidade direta pelo atendimento de saúde e saneamento básico nos próprios territórios indígenas, estando integrados e articulados com todo o Sistema Único de Saúde.

Esta decisão estabeleceu um prazo inicial de 180 dias para que as transferências de responsabilidade ocorressem da FUNASA para a SESAI. Contudo passados mais de um ano, algumas ações ainda não foram executadas, sendo que a aceleração deste processo foi assunto discutido e cobrado pelos participantes da 14.^a Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília no período de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2011.

Entre as diversas propostas apresentadas no relatório final desta Conferência destacam-se as relacionadas com a saúde indígena, com a necessidade de implantar e implementar as políticas de saúde dos povos indígenas, e garantir o acesso às ações e serviços de saúde, com qualidade e respeito às populações indígenas. (CNS, 2011).

Em seguida, é apresentada a maneira como se deu a implementação nos municípios paranaenses inseridos na PM 2656/2007.

4 A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DEFINIDOS PELA PORTARIA 2656/2007, NO PARANÁ

4.1 A ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO PARANÁ, NO PERÍODO DE 1999 A 2007

Para melhor entender o significado da implantação da Portaria 2656/2007, nos municípios do Estado, é conveniente fazer uma breve revisão dos fatos que marcaram a atuação dos entes governamentais no Paraná no período de 1999 a 2007, na implantação da Política de Atenção à Saúde Indígena como previsto pela Lei 8080/90, no que se refere à constituição do subsistema de atenção à saúde indígena.

A definição de fazer esta análise após o ano de 1999 é devido ao conjunto de portarias que surgiram com o objetivo específico de propiciar aos povos indígenas a atenção à saúde conforme estabelecido pela Lei 9836/99. Esta Lei acrescentou o título II a Lei 8080/90, instituindo o subsistema de atenção à saúde indígena.

A mobilização da sociedade brasileira e em especial do movimento indígena inseriram na agenda política brasileira o tema do enfrentamento das desigualdades em saúde para a população indígena, como observado por Viana, 1995, ao se referir aos momentos em que certos agentes sociais se tornam proeminentes e conseguem inserir suas demandas nas agendas políticas, constituindo um dos importantes momentos do *policy-making* (HILL; HAM, 1993).

O Decreto 3156/99 estabelece que atenção à saúde indígena é dever da União, assegurando que a realização da atenção básica no interior das terras indígenas deve ser realizada por parte dos DSEI, que deve referenciar a população indígena para a assistência de maior complexidade na rede de estabelecimentos de saúde do SUS, numa articulação com os gestores municipais e estaduais.

Para dar conta desta atribuição, a FUNASA criou o Departamento de Saúde Indígena (DESAI), sendo constituído no país 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Os diversos critérios definidos no estabelecimento da abrangência territorial dos Distritos Sanitários fizeram com que o Paraná, passasse a ter a

gerência direta de dois Distritos, o Distrito Litoral Sul e o Distrito Interior Sul. Por determinação da Portaria MS n.º 1776 de 8 de setembro de 2003, estes distritos foram vinculados administrativamente as Coordenações Regionais da FUNASA do Paraná e Santa Catarina.

Esta situação permaneceu até a edição da Portaria n.º 1810 de 3 de agosto de 2006, quando foi criado o Distrito Sanitário do Paraná, desvinculando o Estado dos Distritos Sanitários Interior Sul e Litoral Sul que continuaram a existir. Este fato gerou na população indígena do Estado uma forte reação, uma vez que argumentavam não terem sido consultados em relação a esta mudança, solicitando providências junto ao Ministério Público Federal para rever a decisão tomada.

Este fato ensejou por parte do Ministério Público Federal uma ação civil pública, visto que a decisão não respeitou a legislação em vigor e havia suspeitas de que existiria interesse em beneficiar uma determinada ONG que foi contratada para prestar serviços no Estado, como é relatado na ação civil pública:

Ainda mais grave é o desvio de finalidade na edição de tal Portaria. Segundo se extrai da documentação anexada, o real intuito da abrupta criação de um DSEI exclusivamente para o Paraná, teria ocorrido para que uma organização não governamental recém criada pudesse celebrar convênio com a FUNASA e prestar os serviços de saúde no território daquele Estado (ACP/MPF,2008).

Como resultado da ação do Ministério Público Federal, o Ministério da Saúde com a Portaria n.º 2962 de 9 de dezembro de 2008, revogou a alteração, voltando os distritos sanitários a ter a composição inicialmente prevista na Portaria MS n.º 1776 de 8 de setembro de 2003.

A alteração estrutural proposta pela FUNASA com a criação do Distrito Paraná, e a sua posterior revogação, em virtude da reação do movimento das lideranças indígenas do Estado, exemplifica as alterações que ocorrem durante a implementação.

Esta situação reafirma os conceitos discutidos por Pressman e Wildavsky citados por Hill e Ham (1993) que afirmam, que o processo de colocar políticas em ação deve merecer estudos e que é errôneo aceitar como verdadeiro que este processo é suave e direto.

O Ministério da Saúde editou a Portaria 1163/GM de 14/09/1999, dispondo sobre as suas responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, além de outras providências, entre elas, a criação dos incentivos para

atenção básica e especializada destinados às ações complementares realizadas por municípios que atuam na área administrativa do DSEI.

O artigo 5.º desta Portaria instituiu o Fator de Incentivo da Atenção Básica Indígena (IAB-PI) que prevê a contratação de equipes multidisciplinares a serem operadas pela FUNASA, Estados ou Municípios. Quando a contratação se der pelos Estados ou Municípios, este repasse será acrescentado ao seu teto financeiro sendo feito repasses diretamente do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde.

O Art. 7 cria o Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico a População Indígena (IAH-PI) definindo que ele será pago perfazendo até 30% do valor da produção das internações das unidades do SUS que atendem à população indígena.

A partir da Portaria 1163/GM, o Paraná por indicação da FUNASA, junto ao Ministério da Saúde, passa a ter 21 municípios recebendo os recursos financeiros conforme pode ser evidenciado no quadro 1, o que significou um repasse significativo de recursos para atendimento a saúde da população indígena no Estado.

QUADRO 1 - VALORES MENSIS DE INCENTIVO PARA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA CONFORME PORTARIA 1163/GM EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ – 1999

MUNICÍPIO	INCENTIVOS INDÍGENAS (Em R\$ 1.000)		
	Atenção Básica	Atenção Especializada	Total Mensal
Cândido de Abreu	13.050	1.097	14.147
Chopinzinho	11.900	1.000	12.900
Coronel Vivida	6.420	1.250	7.670
Diamante do Oeste	9.460	1.000	10.460
Espigão Alto do Iguaçu	8.140	0	8.140
Guaraqueçaba	8.070	1.000	9.070
Inácio Martins	5.210	1.000	6.210
Londrina	21.240	5.100	26.340
Mangueirinha	16.850	3.593	20.443
Manoel Ribas	14.120	2.100	16.220
Nova Laranjeiras	21.200	1.875	23.075
Ortigueira	12.500	0	12.500
Palmas	13.280	2.990	16.270
Paranaguá	7.890	1.000	8.890
Piraquara	7.530	0	7.530
Pontal do Paraná	240	0	240
Santa Amélia	7.950	1.000	8.950
São Jerônimo da Serra	25.060	1.516	26.576
São Miguel do Iguaçu	12.740	1.000	13.740
Tomazina	7.890	1.000	8.890
Turvo	13.700	1.183	14.883

FONTE: FNS/MS

Apesar dos recursos de incentivo de atenção básica ser repassados para os municípios, a execução dos serviços passou a ser feita por entidades não governamentais na maioria dos municípios, enquanto os recursos para a atenção especializada foram repassados diretamente aos prestadores selecionados como serviços de referência pela FUNASA (MARQUES, 2003).

Esta prática, de terceirizar serviços de saúde é uma questão que não encontra nos municípios do Paraná uma experiência anterior. O processo de municipalização em curso na época no Estado considerava sempre a execução dos serviços de forma direta, contudo, a orientação dada pela FUNASA, é de que a utilização dos recursos deveria ser feita com a contratação de ONGs, que já tinham alguma experiência na prestação de serviços de atenção a saúde indígena.

Esta questão da terceirização da atenção à saúde indígena já era observada em outros Estados, conforme assinala Magalhães (2000) *apud* Garnele e Sampaio (2003):

[...] tal deslocamento de poder também implica uma desconstrução do aparelho estatal, e no caso da saúde, uma impossibilidade de funcionamento adequado do sistema de saúde, cuja pulverização de ações e serviços tende a gerar descoordenação, ineficiência e ineficácia. O modelo terceirizado tampouco afasta o risco de corrupção, além de instaurar a necessidade de um acompanhamento técnico minucioso das ações conveniadas para as quais os órgãos públicos não têm atualmente um preparo adequado. (GARNELO; SAMPAIO, 2003, p.314).

Na leitura feita nos relatórios anuais de gestão da FUNASA no período de 2000 a 2007, não foi identificado os resultados do atendimento feito pelas organizações não governamentais no Paraná. São genericamente citados nestes relatórios a realização de algumas atividades pela Coordenação Regional da FUNASA do Paraná (CORE-PR) e a Coordenação Regional da FUNASA de Santa Catarina (CORE-SC), aos quais estavam vinculados administrativamente os Distritos Sanitários indígenas Litoral Sul e o Interior Sul conforme estabelecido pela Portaria 1776/2003.

As atividades descritas nos relatórios do DSEI Litoral Sul referiam-se a capacitação dos agentes indígenas de saúde (AIS) e de saneamento; capacitação de multiplicadores no processo de formação de AIS; capacitação de conselheiros;

acompanhamento e orientação aos componentes do Conselho Local em todas as aldeias do Paraná; supervisão aos pólos-base e Aldeias (CORE-PR, 2000, p.58).

Houve ainda a construção de 5 postos de saúde, a ampliação e ou reforma de 10 módulos sanitários, a construção de 6 sistemas de abastecimento de água em aldeias indígenas e a Reforma da casa do índio de Curitiba (CORE-PR, 2000, p.45).

Já os relatórios de gestão apresentados pela Coordenação Regional de Santa Catarina (CORE-SC), ao qual esta vinculado o DSEI interior Sul, referentes ao período de 2000 a 2006, relataram a implantação do sistema de informação em saúde indígena em 3 dos 4 pólos-base previstos, a construção de 4 dos 8 postos de saúde previstos, a capacitação de 13 agentes indígenas de saneamento e de 5 auxiliares de enfermagem, a capacitação de equipe multidisciplinar em sala de vacina, a formação e oficialização de 7 Conselhos Locais de Saúde Indígena e a supervisão e acompanhamento da rede hospitalar de apoio da assistência à saúde indígena.

Porém estes relatórios não fazem nenhuma referência à atuação das entidades que faziam o atendimento a atenção básica nas aldeias e nada relatam sobre as atividades dos conselhos locais e distritais de saúde indígena.

O relatório feito pela Coordenação Regional Paraná no ano de 2006, destaca a criação do Distrito Sanitário Especial Indígena do Paraná, feito pela Portaria 1.810, de 3 de agosto de 2006. Este novo distrito unifica os DSEI Litoral Sul e Interior Sul no Paraná, constituindo um novo DSEI, cuja abrangência correspondia aos limites do Estado, com uma sede na cidade de Curitiba. A justificativa feita pela FUNASA para a criação era genérica apenas relatando que se dava a partir das solicitações dos usuários, profissionais e gestores da saúde indígena.

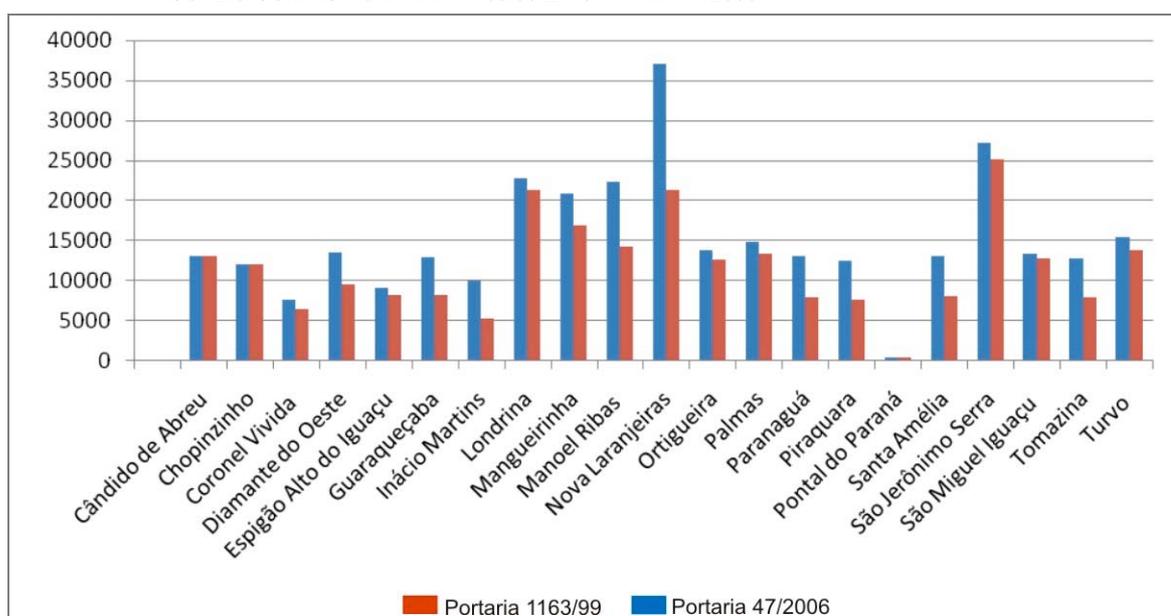
Este fato gerou uma descontinuidade em relação à prestação de serviços de atenção básica nas aldeias indígenas do Paraná, principalmente porque o Ministério Público Federal questionava a legalidade do convenio firmado com a ONG que prestava serviços no Paraná.

Apesar dos recursos de incentivo a saúde indígena para a atenção básica e especializada estarem sendo repassados para os municípios do Paraná desde

2001, por indicação da FUNASA, somente a Portaria Conjunta 47 de 23 de junho de 2006, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e da FUNASA qualificou os municípios a receberem mensalmente os incentivos de Atenção Básica aos povos indígenas, destinados às ações e procedimentos de assistência básica de saúde, baseados nos quantitativos de profissionais das equipes de saúde disponíveis.

Os valores passaram a ser repassados mensalmente aos municípios para custeio da atenção básica, com efeitos financeiros a partir de abril de 2006 para os municípios no Paraná e perdurou até a edição da Portaria 2656/2007, como pode ser observada no gráfico 1, exceção feita aos municípios de Candido de Abreu e Chopinzinho, para todos os demais municípios os valores foram aumentados em cerca de 24%. Em relação aos valores repassados para o custeio da atenção especializada não houve variação em relação aos valores anteriormente previstos, excetuando-se os municípios de Nova Laranjeiras, que deixou de prestar este tipo de atendimento.

GRÁFICO 1 - VALORES MENSIS DOS INCENTIVOS DE ATENÇÃO BÁSICA PARA MUNICÍPIOS, DO PARANÁ DE ACORDO COM AS PORTARIA 1163/99 E PORTARIA 47/2006



FONTE: FNS/MS

No ano de 2007, a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, publicou a Portaria 2.656 com o objetivo de regulamentar os Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígena sendo previstos para receber tais recursos 24 municípios, tendo como base a população indígena cadastrada no SIASI/FUNASA. (quadro 2). Além de alteração nos valores mensais, foram incluídos 3 novos municípios (Abatiá, Guaira e Laranjeiras do Sul), que não assumiram esta responsabilidade conforme anteriormente explicado.

QUADRO 2 - VALORES MENSAIS PARA O INCENTIVO DA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA INDÍGENA EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 2007

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO INDÍGENA	VALOR MENSAL (R\$ 1.000)
Abatiá	111	9.025
Candido de Abreu	508	12.333
Chopinzinho	616	13.233
Coronel Vivida	93	4825
Diamante do Oeste	331	10.858
Espigão Alto do Iguaçu	313	10.708
Guaira	38	3.167
Guaraqueçaba	27	2.250
Inácio Martins	132	9.200
Laranjeiras do Sul	23	1.917
Londrina	1.448	20.167
Mangueirinha	807	14.825
Manoel Ribas	1.409	19.842
Nova Laranjeiras	1.723	22.458
Ortigueira	584	12.967
Palmas	731	14.192
Paranaguá	60	4.550
Piraquara	50	4.167
Pontal do Paraná	7	583
Santa Amélia	183	9.625
São Jerônimo da Serra	946	15.983
São Miguel do Iguaçu	585	12.975
Tomazina	128	9.167
Turvo	574	12.883

FONTE: FNS/MS

Para os 21 municípios anteriormente contemplados na Portaria Ministerial conjunta n.º 42/2006, houve alteração dos seus tetos financeiros, houve aumento nos valores destinados ao custeio para os municípios de Chopinzinho, Espigão Alto do Iguaçu e Pontal do Paraná, sendo que para os outros 18 municípios houve redução nestes valores. Esta redução foi devido ao fato da inclusão de novos

parâmetros para o repasse de recursos financeiros e de que o valor máximo a ser repassado para o custeio da atenção básica se limitava a R\$ 1.000,00 por indígena, e havia municípios no Paraná em que este valor estava acima deste teto, porém os efeitos financeiros desta portaria só foram sentidos pelo município no exercício de 2008.

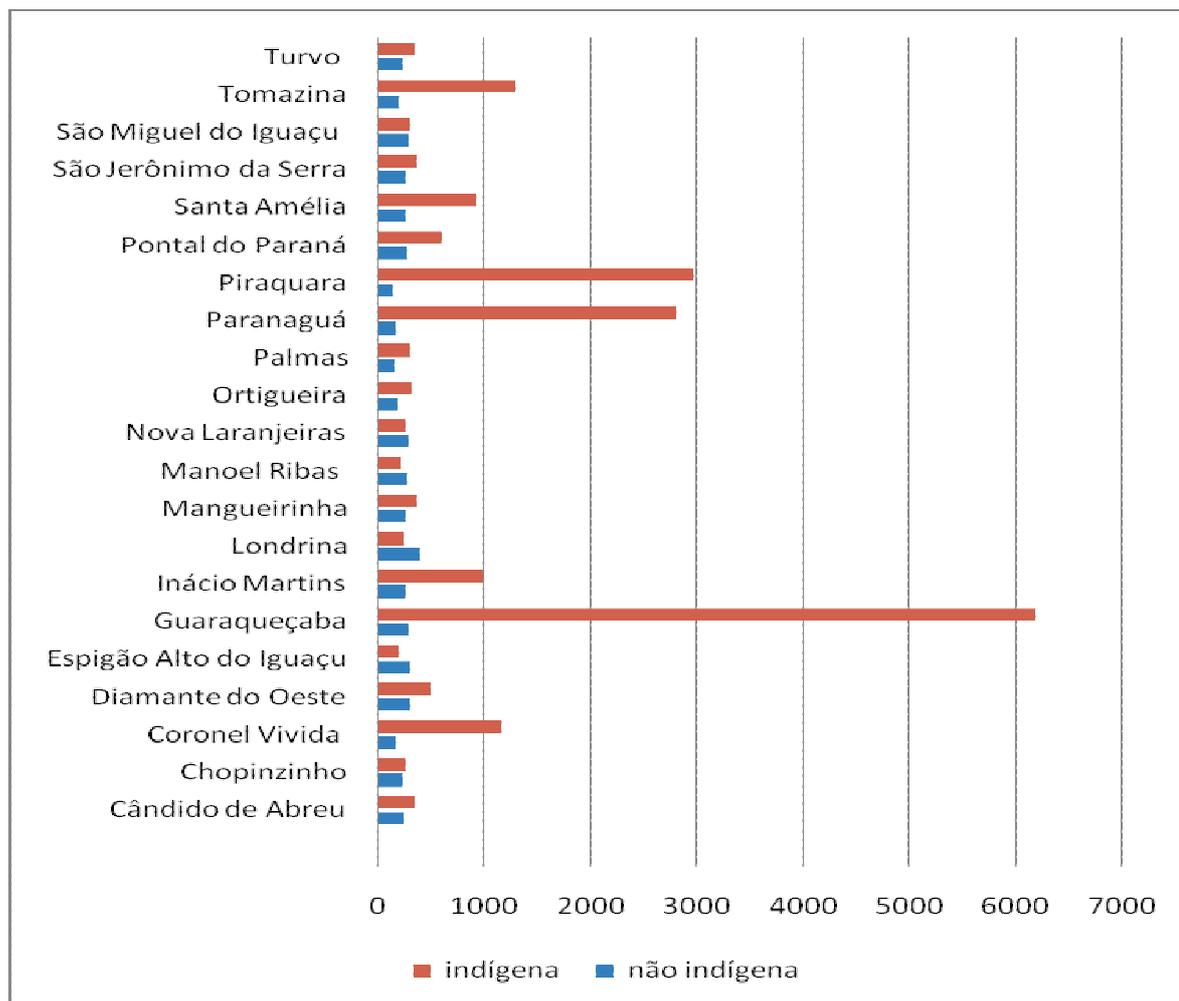
Este repasse já estava condicionado à aplicação das novas regras estabelecidas pela Portaria 2656/2007, com a formulação de termos de compromisso com os municípios e aprovação pelos Conselhos de Saúde Municipal e Distrital e posterior aprovação da Bipartite.

Apesar de não haver disponibilidade das informações com relação à aprovação dos termos de compromisso nos conselhos distrital e municipal, a análise das atas das reuniões realizadas no ano de 2007 na Comissão Bipartite Estadual, não existe nenhuma citação com referencia a aprovação destes termos por esta comissão como definido na portaria.

No período compreendido entre 2001 e 2007, os valores repassados para os municípios custearem a assistência ambulatorial básica e especializada para os indígenas no Paraná, foi muito significativo. Esta afirmação tem como base, a comparação com os valores gastos para o mesmo tipo de atendimento dado a população não indígena neste período nos municípios que fazem parte deste estudo.

Baseados nas informações obtidas junto ao Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e nos repasses realizados fundo a fundo ds incentivos para a atenção básica e especializada para os povos indígenas, foi construído o gráfico 2, onde são comparados os valores per capita gastos para a população indígena e não indígena no ano de 2007. O gasto para a população não indígena inclui os recursos municipais e os valores repassados pelo SUS, e o gasto na população indígena considera apenas os incentivos repassados pelo SUS, ainda que possa haver recursos próprios municipais gastos para esta população. Em geral os valores gastos com indígenas sempre foi superior, exceção feita aos municípios de Espigão Alto do Iguaçu, Manoel Ribas, Nova Laranjeiras e Londrina.

GRÁFICO 2 - VALORES MENSAIS DOS INCENTIVOS DE ATENÇÃO BÁSICA PARA MUNICÍPIOS, DO PARANÁ DE ACORDO COM AS PORTARIA 1163/99 E PORTARIA 47/2006



FONTE: FNS/MS

Outro fato a destacar é a importância que os repasses para o custeio da atenção à saúde indígena representava para a gestão municipal, conforme pode ser observado no quadro 3, onde são demonstrados a participação percentual destes repasses no conjunto dos valores recebidos do SUS, havendo municípios como Santa Amélia, Mangueirinha e Diamante do Oeste onde estes valores, eram superiores a 35% da receita municipal para a saúde.

QUADRO 3 - PERCENTUAL DE REPASSES DE IAB-PI EM RELAÇÃO AO TOTAL DE RECURSOS SUS RECEBIDOS POR MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 2007

MUNICÍPIO	(Em 1.000)		Indígena (%)
	Transferência SUS	Incentivos	
Candido de Abreu	1.618.106	169.764	10,49
Chopinzinho	1.413.704	154.800	10,95
Coronel Vivida	1.076.659	107.050	9,94
Diamante D'Oeste	428.094	160.800	37,56
Espigão Alto do Iguaçu	454.753	61.380	13,5
Guaraqueçaba	900.092	166.800	18,53
Inácio Martins	848.808	130.200	15,34
Londrina	124.627.089	340.200	0,27
Mangueirinha	759.820	292.716	38,52
Manoel Ribas	1.316.611	293.400	22,28
Nova Laranjeiras	1.673.126	445.200	26,61
Ortigueira	1.493.007	183.000	12,26
Palmas	1.751.997	212.880	12,15
Paranaguá	5.011.240	168.600	3,36
Piraquara	3.757.865	148.200	3,94
Pontal do Paraná	857.184	4.200	0,49
Santa Amélia	342.254	168.600	49,26
São Jerônimo da Serra	1.387.566	343.392	24,75
São Miguel do Iguaçu	1.322.000	172.200	13,03
Tomazina	597.911	164.400	27,5
Turvo	1.431.593	198.996	13,9

FONTE: FNS/MS

Apesar da PNSPI vigente na época prever que o gestor Estadual da Saúde, incluísse a questão da saúde indígena nas suas Conferências Estaduais de Saúde, no Paraná, a revisão dos 4 Relatórios Finais das Conferências Estaduais realizadas entre 2001 e 2007, apresentou poucas questões relacionadas a este tema.

O Relatório Final da 5.^a Conferência Estadual de Saúde do Paraná, realizada nos dias 13, 14 e 15 de dezembro de 2001 em Curitiba, foi produto de um processo coletivo de realização de 348 Conferências Municipais de Saúde, envolvendo 616 delegados em sua etapa estadual, tem apenas uma citação para a saúde indígena em que prevê a realização de cursos de formação de agentes Indígenas de Saúde, sem definir a quem caberia a responsabilidade por esta ação.

A 6.^a Conferência Estadual de Saúde, realizada nos dias 24, 25 e 26 de outubro de 2003 em Curitiba, que teve como tema central "A Saúde que temos e o SUS que queremos" não faz qualquer citação ao tema saúde indígena.

A 7.^a Conferência Estadual de Saúde realizada em Foz do Iguaçu entre 1.^o e 4 de dezembro de 2005, avaliou a situação da saúde no estado do Paraná;

formulou e fixou diretrizes gerais da Política Estadual de Saúde, elegeu e homologou as instituições, órgãos e entidades do Conselho Estadual de Saúde do Paraná para a gestão 2006/2007 e define que deve ser exigida que as comunidades indígenas sejam inseridas no Programa Integral de Saúde, inclusive Saúde Mental, nas 22 Regionais de Saúde, garantindo a diversidade cultural e étnica dessa comunidade, porém não se refere aos papéis que a FUNASA e os municípios desempenhariam no tocante a atenção básica.

A 8.^a Conferencia Estadual de Saúde, foi realizada na cidade de Londrina no período de 11 a 14 de outubro de 2007. O tema principal desta Conferencia foi Saúde e Qualidade de Vida – Políticas de Estado e Desenvolvimento. No seu relatório final foram destacados que deve ser assegurada a participação indígena na política de educação permanente e de que devem ser inseridos no Programa de Saúde Mental, nas 22 Regionais de Saúde do Paraná, garantido o respeito a sua diversidade cultural e étnica.

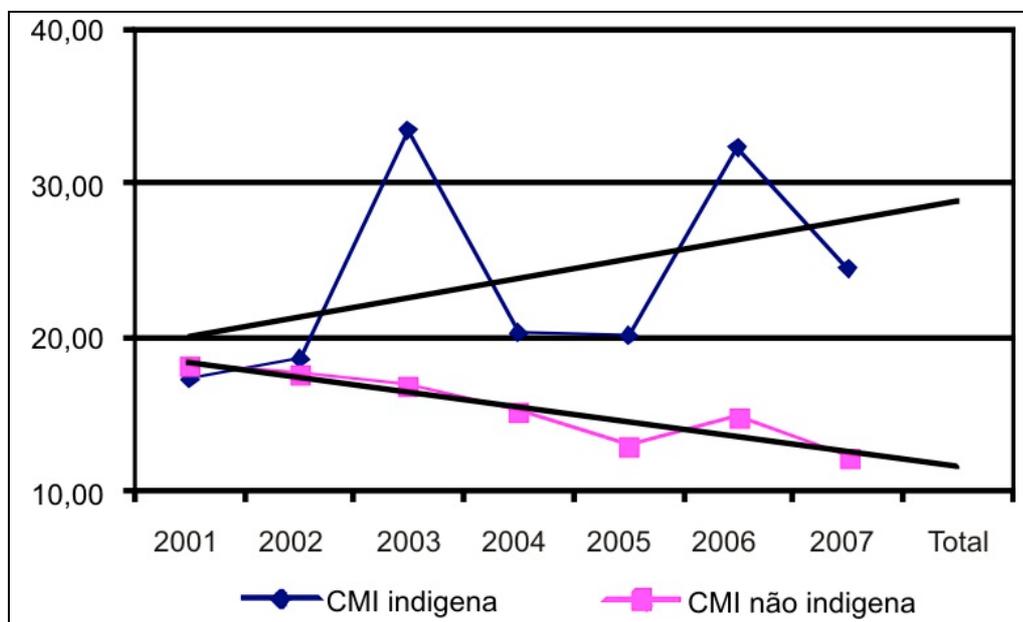
A consulta feita nos relatórios anuais do Paraná, entre 2000 e 2007, não apresentaram nenhuma ação do Governo Estadual para as comunidades indígenas.

O mesmo fato ocorreu quando foram pesquisadas as deliberações emitidas pela CIB entre 2000 e 2007 revelando que neste período não houve qualquer pactuação entre os gestores para o atendimento à saúde indígena e nem sobre os recursos repassados para os municípios. É importante destacar que estava estabelecido desde 2002 pela Política Nacional de Saúde Indígena de que as CIB são importantes espaços de articulação para o eficaz funcionamento dos distritos sanitários especiais indígenas.

Apesar da pouca disponibilidade de indicadores de saúde que pudessem demonstrar os efeitos do recebimento dos recursos nestes municípios, um indicador de referencia para a atenção em saúde, é o acompanhamento da evolução do indicador de mortalidade infantil na região para a população indígena e não indígena (gráfico 3). Este indicador revelou que a mortalidade infantil permanece em patamares elevados, com uma tendência de redução para a população não indígena, enquanto na população indígena há uma tendência de aumento, o que pode indicar que os serviços de saúde oferecidos nas áreas

indígenas não tem apresentado a mesma efetividade do que os ofertados para os não indígenas.

GRÁFICO 3 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL EM MENORES DE 1 ANO INDÍGENAS E NÃO INDÍGENAS NOS 21 MUNICÍPIOS ESTUDADOS NO PARANÁ - 2001-2007



FONTE: SESA/SVS/SIM/SINASC

Um aspecto a ser destacado na organização da rede de assistência à saúde indígena é a verificação de que não há referências de como se deu nos municípios o processo de atenção diferenciada previsto na PNSPI. Nos relatórios de gestão apresentados no período de 2001 a 2007 pela FUNASA, é reconhecida a necessidade de prestar assistência que reconheça as especificidades étnicas e culturais, os direitos territoriais dos grupos indígenas e as particularidades sociopolíticas, socioculturais, geográficas e históricas destes povos, porém não é relatada nenhuma experiência prática que de conta desta proposta.

Nos RAG da FUNASA do período de 2001 a 2006, esta questão é tratada como "promover a atenção integral a saúde dos povos indígenas, respeitando as características etnoculturais e geográficas" (FUNASA, 2005).

Este fato aparece no relatório sobre o sistema de saúde indígena feito pelo CEBRAP (RAGGIO *et. al.*, 2009).

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. (RAGGIO *et. al.*, 2009, p.100).

Esta questão da atenção diferenciada, considerada como princípio fundamental da PNSPI, ainda que não seja o foco deste trabalho, e não ter nos documentos analisados uma citação específica sobre as dificuldades ou facilidades da aplicação do conceito pelos municípios, parece ser um desafio para os gestores a sua implementação como bem aborda Daher *et al.*, 2010, ao tratar deste tema:

Com base nas observações realizadas, reafirmamos que a atenção diferenciada às diferentes etnias indígenas do Brasil se efetivará ou se tornará realidade quando forem colocadas realmente em prática as ações como a participação de representantes das comunidades na formulação de políticas e na execução das ações e serviços; o preparo/ formação acadêmica das equipes de saúde para que compreendam e valorizem a cultura indígena e o desenvolvimento de estratégias de atenção primária em âmbito local que respeitem as especificidades etnoculturais. (DAHER *et al.*, 2010, p.181).

Os fatos relatados para o período 2001 a 2007 permitem afirmar que houve um aumento nos recursos financeiros para a atenção a saúde indígena no Paraná, uma extensão na oferta de serviços pelas prefeituras que contrataram recursos humanos para atuar nestas áreas, porém não houve mudanças no quadro epidemiológico relacionado à saúde desta população especialmente na redução da mortalidade infantil indígena.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PREVISTOS PARA RECEBER RECURSOS FINANCEIROS PARA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

Foram habilitados pela Portaria Conjunta 47/2006 um total de 21 municípios no Paraná, para receber os recursos financeiros destinados ao atendimento da população indígena. São eles os municípios de Cândido de Abreu,

Chopinzinho, Coronel Vivida, Diamante do Oeste, Espigão Alto do Iguaçu, Guaraqueçaba, Inácio Martins, Londrina, Mangueirinha, Manoel Ribas, Nova Laranjeiras, Ortigueira, Palmas, Paranaguá, Piraquara, Pontal do Paraná, Santa Amélia, São Jerônimo da Serra, São Miguel do Iguaçu, Tomazina e Turvo.

Posteriormente a Portaria 2656/2007 incluiu 3 novos municípios que não aderiram a esta proposta, são os municípios de Abatiá, Guaira e Laranjeiras do Sul. A principal razão deste fato está relacionada com as tensões entre os gestores municipais e as comunidades indígenas destes municípios, visto que em nenhum deles a ocupação de terras pelos indígenas estava regularizada, estando o processo demarcatório sendo conduzido pela FUNAI.

Sendo assim, 21 municípios recebiam recursos para efetivação da política de saúde indígena, na sequência será feita sua caracterização em relação a situação geopolítica, demográfica, de serviços de saúde e gastos em saúde, tendo como base o ano de 2007.

No Quadro 4 são apresentados os dados populacionais da população indígena, não indígena, distancia da aldeia a sede municipal, nome da aldeia, etnia e área do território indígena nos 21 municípios do Paraná. A população indígena no Paraná, ocorre nos pequenos municípios. Com exceção de Londrina, os demais municípios têm uma população geral abaixo de 20.000 habitantes (IBGE, 2007).

Os dados referentes à população indígena consideram as informações levantadas pela própria FUNASA nas aldeias relacionadas, com isto há uma melhor qualidade desta informação. Esta questão da qualidade dos dados demográficos no Brasil é questionada pela ausência de dados confiáveis sobre essa parcela da população (CARDOSO; SANTOS; COIMBRA JR., 2005; COIMBRA JR.; SANTOS, 2000). Um dado a ser considerado é de que esta população não se distribui com a mesma densidade populacional nas diferentes áreas indígenas do Estado, havendo municípios com densidade elevada como São Miguel do Iguaçu, onde vivem 2,52 índios por hectare e municípios com baixa densidade como o de Turvo onde esta densidade é 0,03 índio por hectare.

Nos municípios é observada a presença das três etnias que habitam o Paraná, algumas vivendo isoladas como é o caso dos Guaranis em São Miguel do Iguçu ou Kaingang em Palmas e em outras áreas a convivência entre diferentes grupos como é o caso de São Jerônimo da Serra onde ocorre a presença simultânea de Guaranis, Kaingang e Xetás.

As distancias entre a sede municipal e as aldeia em geral são próximas, variando de 1 Km em Ortigueira a 80 quilômetros em Londrina. Esta proximidade faz com que os indígenas interajam frequentemente com a população do seu entorno, porém os expõem aos riscos da proximidade com a vida urbana, com mudanças de hábitos alimentares e de consumo, deterioração de sua organização sócioeconômica e alterações ambientais com comprometimento de sua capacidade de subsistência.

QUADRO 4 - POPULAÇÃO GERAL E INDÍGENA, DISTÂNCIA DA ALDEIA A SEDE MUNICIPAL, ALDEIA, ETNIA E ÁREA DA ALDEIA INDÍGENA EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ – 2007

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO GERAL (IBGE 2007)	POPULAÇÃO INDÍGENA (FUNASA 2007)	DISTÂNCIA DA ALDEIA A SEDE MUNICIPAL (Km)	NOME DA ALDEIA	ETNIA	ÁREA INDÍGENA (hectares)
Candido de Abreu	17.775	508	11	Faxinal	Kaingang	2.043
Chopininho	19.679	616	75	Mangueirinha	Kaingang	10.900
Coronel Vivida	21.751	93	25	Mangueirinha	Kaingang e Guarani	1.700
Diamante do Oeste	5.027	331	15	Tekoha Afietete e Itamarã	Guarani	1.774
Espigão Alto do Iguçu	5.104	313	22	Pinhal	Guarani	7.140
Guaraqueçaba						
Inácio Martins	11.036	132	40	Rio da Areia	Guarani	1.352
Londrina	497.833	1.448	80	Apucarana	Kaingang	5.600
Mangueirinha	17.119	807	3	Mangueirinha	Kaingang	3.700
Manoel Ribas	12.762	1.409	4	Ivaí	Kaingang	7.306
Nova Laranjeiras	11.302	1.723	20	Rio das Cobras	Kaingang e Guarani	12.089
Ortigueira	24.397	584	1	Mococa e Queimadas	Kaingang	2.112
Palmas	40.485	731	10	Palmas	Kaingang	3.800
Paranaguá	133.559	60	4	Cotinga	Guarani	1.701
Piraquara	82.006	50	16	Karuguá	Guarani	(1)
Pontal do Paraná	16.625	7	34	Sambaqui	Guarani	(1)
Santa Amélia	4.062	284	2	Laranjinha	Kaingang e Guarani	1.238
São Jerônimo da Serra	11.563	946	15	Barão de Antonina e Cedro	Kaingang Guarani e Xetá	1339
São Miguel do Iguçu	25.341	585	18	Ocoy	Guarani	172
Tomazina	8.814	128	41	Pinhalzinho	Guarani	593
Turvo	14.025	574	40	Marrecas	Guarani	16.120

FONTE: FUNASA/FUNAI/ITCG-PR

(1) Sendo demarcada.

No quadro 5, é apresentado a mortalidade geral, o coeficiente de mortalidade infantil e a razão de mortes materna para a população em geral e para os indígenas, no ano de 2007. Em relação à mortalidade geral para indígenas e não indígenas, ela se comporta para o conjunto dos municípios com valores iguais a média do Estado do Paraná, que é de 5,8 óbitos por mil habitantes.

Os municípios de Pontal do Paraná, São Jerônimo da Serra e Tomazina apresentam indicadores mais elevados para a população não indígena enquanto em Candido de Abreu, Coronel Vivida, Manoel Ribas, Nova Laranjeiras, Ortigueira e Palmas a mortalidade geral indígena é maior que a não indígena. Há necessidade de estudos mais aprofundados sobre o indicador buscando explicações mais detalhadas para a ocorrência destas mortes, pois foi considerado apenas o ano de 2007.

O coeficiente de mortalidade infantil para o conjunto de municípios foi de 12,86 por mil nascidos vivos estando próximo da média do Paraná, que foi de 13,02 por mil nascidos vivos. Quando considerado o coeficiente de mortalidade infantil indígena ela apresentou para estes municípios o valor médio de 26,14 óbitos por mil nascidos vivos, apesar de ter sido registrada apenas nos municípios de Candido de Abreu, Mangueirinha, Nova Laranjeiras e Ortigueira, em patamares muito superiores ao registrado para a população não indígena. É importante ressaltar que entre a população indígena não foi registrada a ocorrência de óbitos maternos no ano de 2007 nestes municípios, enquanto para a população não indígena a razão de morte materna encontrada de 40,64, estava bem abaixo da média paranaense de 61,4 (SESA, 2010) para o ano de 2007.

Em relação a morte infantil os dados reforçam o fato de que a mortalidade infantil entre os indígenas é mais alta quando comparada com brancos, pretos e pardos (CHOR; LIMA, 2005). Esses achados evidenciam as desfavoráveis condições sociais e econômicas dessa parcela da população (PENA; HELLER; DIAS JÚNIOR, 2009).

QUADRO 5 - MORTALIDADE GERAL, COEFICIENTE DE MORTE INFANTIL, RAZÃO DE MORTE MATERNA, NA POPULAÇÃO GERAL E EM INDÍGENAS EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 2007

MUNICÍPIO	MORTALIDADE GERAL POR 1.000 HABITANTES	MORTALIDADE GERAL INDÍGENA POR 1.000 HABITANTES	COEFICIENTE DE MORTE INFANTIL POR 1.000 NASCIDOS VIVOS	COEFICIENTE DE MORTE INFANTIL INDÍGENA POR 1.000 NASCIDOS VIVOS	RAZÃO DE MORTE MATERNA POR 100.000 NASCIDOS VIVOS	RAZÃO DE MORTE MATERNA INDÍGENA POR 100.000 NASCIDOS VIVOS
Candido de Abreu	5,74	7,87	11,11	166,67	0	0
Chopininho	5,79	4,87	10,49	0	0	0
Coronel Vivida	6,94	10,75	29,09	0	0	0
Diamante do Oeste	4,77	0	0	0	0	0
Espigão Alto do Iguaçu	5,88	0	0	0	0	0
Guaraqueçaba	3,36	0	0	0	0	0
Inácio Martins	5,26	0	17,39	0	0	0
Londrina	5,65	0	11,66	0	106,02	0
Mangueirinha	5,37	3,72	19,53	50,00	0	0
Manoel Ribas	6,66	8,52	4,93	0	0	0
Nova Laranjeiras	6,37	12,19	30,15	53,33	0	0
Ortigueira	6,15	11,99	14,71	166,67	518,13	0
Palmas	5,93	9,58	15,07	0	93,20	0
Paranaguá	6,47	0	14,40	0	116,10	0
Piraquara	5,48	0	9,25	0	144,40	0
Pontal do Paraná	7,16	0	12,77	0	383,14	0
Santa Amélia	6,89	0	0	0	0	0
São Jerônimo da Serra	7,96	4,23	17,24	0	0	0
São Miguel do Iguaçu	5,13	1,71	12,76	0	0	0
Tomazina	7,49	0	20,41	0	0	0
Turvo	6,70	3,48	17,86	0	0	0
TOTAL	5,80	5,78	12,86	26,14	40,64	0

FONTE: SESA/SVS/DEVE/SIM/SINASC

Em relação aos recursos financeiros destinados ao financiamento da área da saúde, podemos verificar no quadro 6, que há uma grande variação no volume de recursos aplicados. O município de Londrina investiu em 2007 o valor de R\$ 124.567.089,30 no custeio dos serviços de saúde enquanto o município de Santa Amélia gastou R\$ 1.427.890,69. Esta variação é devida a população coberta pelos serviços, a complexidade e o grau de especialização dos serviços de saúde e a capacidade de geração de recursos no município.

Em relação aos recursos próprios municipais para a saúde, também ocorre uma grande variação na destinação de recursos para a saúde, visto que está diretamente relacionada com a capacidade local de gerar riqueza, sendo que no município de Londrina, o volume de recursos aplicados em saúde foi de R\$ 71.941.031,81 enquanto em Diamante do Oeste foi de R\$ 1.016.434,48. Podemos observar que todos os municípios cumprem os dispositivos legais de aplicar mais de 15% de sua receita para o setor saúde.

QUADRO 6 - TOTAL DE RECURSOS APLICADOS, RECURSOS MUNICIPAIS, PERCENTUAL COM RECURSOS PRÓPRIOS, VALOR ANUAL E PERCENTUAL DO INCENTIVO PARA À SAÚDE INDÍGENA EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 2007

MUNICÍPIO	TOTAL DE RECURSOS APLICADOS NA SAÚDE	RECURSOS PRÓPRIOS MUNICIPAIS PARA A SAÚDE	PERCENTUAL DO ORÇAMENTO COM RECURSOS PRÓPRIOS	VALOR DO INCENTIVO PARA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA	PERCENTUAL DO INCENTIVO A SAÚDE INDÍGENA EM RELAÇÃO AO TOTAL
Candido de Abreu	4.146.282,24	2.644.906,08	24,20	156.600,00	3,78
Chopinzinho	4.447.744,31	2.801.149,63	18,51	142.800,00	3,21
Coronel Vivida	3.418.725,25	2.197.438,18	15,03	83.050,00	2,43
Diamante do Oeste	1.946.359,31	1.016.434,48	17,97	160.800,00	8,26
Espigão Alto do Iguaçu	1.510.356,43	1.025.280,80	15,35	108.000,00	7,15
Guaraqueçaba	2.213.700,50	1.323.927,13	15,86	154.800,00	6,99
Inácio Martins	2.841.782,29	1.961.416,61	21,63	118.200,00	4,16
Londrina	124.567.089,30	71.941.031,81	23,05	273.000,00	0,22
Mangueirinha	4.303.066,03	3.543.246,12	17,46	249.600,00	5,80
Manoel Ribas	3.409.366,76	1.935.746,05	15,87	268.200,00	7,87
Nova Laranjeiras	3.240.397,60	1.554.680,25	15,46	445.200,00	13,74
Ortigueira	4.237.974,16	3.005.960,64	17,12	165.000,00	3,89
Palmas	6.220.835,80	4.456.475,35	17,52	177.000,00	2,52
Paranaguá	21.456.575,27	17.411.092,07	15,04	156.600,00	0,73
Piraquara	11.060.929,47	7.784.141,40	16,84	160.550,00	1,45
Pontal do Paraná	4.507.389,88	3.046.014,19	19,02	4.550,00	3,47
Santa Amélia	1.427.890,69	1.054.221,25	20,52	156.600,00	10,97
São Jerônimo da Serra	2.632.236,20	1.267.686,30	16,13	325.200,00	12,35
São Miguel do Iguaçu	7.643.339,95	4.527.663,96	23,24	160.200,00	2,10
Tomazina	1.873.576,85	1.275.665,47	20,24	152.400,00	8,13
Turvo	3.439.265,09	2.194.788,13	19,40	184.400,00	5,36

FONTE: FUNASA/FNS/MS

Municípios com mesma população como por exemplo Candido de Abreu e Mangueirinha aplicaram R\$ 2.644.906,08 (24,20% do orçamento) e R\$ 3.543.246,12 (17,97% do orçamento) respectivamente. Apesar de ter havido uma menor aplicação percentual de recursos orçamentários em saúde por Mangueirinha, houve uma aplicação maior de recursos financeiros, na saúde, em tese, beneficiando mais esta população. Esta situação justifica a complementação do custeio para a saúde pelo Estado e Governo Federal.

Os recursos financeiros repassados por meio de incentivos para o atendimento à saúde indígena variam conforme a população a ser atendida, e tem significados diferentes na composição orçamentária do setor saúde municipal. A partir do estabelecimento dos 34 DSEI em 1999, com a criação dos incentivos para atenção básica e especializada, houve um aumento considerável de recursos financeiros destinados à saúde indígena, com incremento no número de profissionais e na oferta de programas de saúde (LANGDON, 2007).

Nos municípios analisados, este percentual variou de 0,22% em Londrina, a 13,74% em Nova Laranjeiras, o que dá relevância diferente em cada município para a gestão destes recursos financeiros. Portanto devem ser considerados relevantes no gasto em saúde e sofrer constante acompanhamento por parte dos responsáveis pelo controle e avaliação municipal.

QUADRO 7 - POSTOS DE SAÚDE, HOSPITAIS PÚBLICOS OU PRIVADOS, SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E CONVÊNIO COM TERCEIROS PARA ATENDIMENTO À SAÚDE INDÍGENA EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 2007

MUNICÍPIO	POSTOS DE SAÚDE	POSTOS DE SAÚDE INDÍGENAS	HOSPITAIS PÚBLICOS OU PRIVADOS	SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	CONVENIO COM TERCEIROS(ONG) PARA ATENDIMENTO A SAÚDE INDÍGENA
Candido de Abreu	11	1	2	0	1
Chopinzinho	12	0	1	5	1
Coronel Vivida	13	0	1	4	1
Diamante do Oeste	1	1	1	0	1
Espigão Alto do Iguaçu	2	1	0	0	1
Guaraqueçaba	11	0	1	0	1
Inácio Martins	12	1	1	0	1
Londrina	52	1	9	54	0
Mangueirinha	8	1	3	3	1
Manoel Ribas	3	1	1	0	1
Nova Laranjeiras	6	1	1	0	1
Ortigueira	14	0	2	2	1
Palmas	5	0	2	4	1
Paranagua	18	0	2	15	1
Piraquara	8	1	3	3	1
Pontal do Paraná	6	0	0	0	0
Santa Amélia	2	1	1	0	1
São Jerônimo da Serra	4	1	1	0	1
São Miguel do Iguaçu	12	1	2	3	1
Tomazina	4	1	1	1	1
Turvo	16	0	1	2	1

FONTE: FUNASA/CNES/MS

Os dados apresentados permitem um entendimento sobre os fatos ocorridos no Paraná desde a implantação da PNSI em 1999 até 2007. É sobre este cenário que na sequência será apresentado e discutido as alterações ocorridas após a edição da PM 2656/2007 nos 13 municípios do Paraná selecionados para este estudo no período de 2008 até 2010.

5 DIMENSÕES ANALÍTICAS DA IMPLEMENTAÇÃO DA PORTARIA 2656/2007 EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ

5.1 ANÁLISE DOS MUNICÍPIOS

Do total de 24 municípios relacionados na PM 2656/2007, 21 deles executam ações de atendimento à saúde indígena no Paraná. Foram selecionados 13 municípios que compuseram a amostra sobre a qual foi feita a análise da implementação da portaria no Paraná. Foram selecionados os municípios de Candido de Abreu, Chopinzinho, Coronel Vivida, Diamante do Oeste, Espigão Alto do Iguaçu, Londrina, Nova Laranjeiras, Mangueirinha, Manoel Ribas, Palmas Santa Amélia, São Jerônimo da Serra e São Miguel do Iguaçu. Este conjunto de municípios representa 85% da população indígena que mora nas aldeias com representantes das etnias Kaingang, Guarani e Xetá, e a sua escolha foi devida ao fato de haver disponibilidade dos documentos necessários para análise como plano municipal de saúde, relatórios de gestão e pactos de gestão e estarem todos previstos no Plano Distrital de Saúde Indígena da FUNASA.

Neste capítulo, descreve-se e analisa-se a prática do cumprimento das competências previstas pela PM 2656/2007 para os municípios, bem como são identificadas e discutidas as dificuldades para a adoção das mesmas e, conseqüentemente, para a implementação da PNASPI no nível municipal. A análise está organizada em três âmbitos relacionados aos campos de responsabilidades arroladas na Portaria que são os seguintes: compromissos de gestão, condições técnico operacionais dos serviços de saúde e acompanhamento e avaliação.

Considerando que o Plano Distrital de Saúde (PDS) formulado pelo DISEI, é o instrumento direcionador das ações de atenção a saúde indígena são inicialmente apresentados os principais pontos que compõem este documento que será a base para discussão dos resultados alcançados pelos municípios estudados no período de 2008 a 2010. Também será feita uma análise da atuação do Governo Estadual, uma vez que ele tem papel importante na implementação da Portaria e na relação com os municípios do Paraná.

5.2 O PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA PARA O PARANÁ NO PERÍODO DE 2008 A 2010

O Plano Distrital de Saúde Indígena para o Paraná (PDSI-PR) no período 2008 a 2010 foi resultado do processo de planejamento para a gestão do DSEI, com a finalidade de ser o instrumento orientador para enfrentar as questões relevantes de saúde e os problemas dos serviços de atendimento as populações indígenas.

Este plano tem como objetivo dar início a um processo de institucionalização de práticas de planejamento participativo, em que o DSEI define suas prioridades e resultados a partir da análise de situação e valida estas metas a partir da sua aprovação nas instancias de controle social previstas no subsistema de saúde indígena, o CONDISI.

A formulação deste plano foi feita pelo DSEI Paraná, criado pela Portaria 1810 de 3 de agosto de 2006, e que sofria nesta etapa questionamentos de sua legalidade pelo Ministério Público Federal (ACP/MPF, 2008). Esta situação prejudicou o processo de formulação do Plano, visto que a precariedade da situação interrompeu as reuniões com os Conselhos locais e com as Prefeituras Municipais, sendo esta uma das razões pela qual a ausência de referencia a este instrumento na totalidade dos PMS dos municípios estudados. Esta situação persistiu até o ato que revogou a criação deste Distrito, a Portaria 2962 de 9 de dezembro de 2008, porém não houve revisão na formulação do PDSI.

Como este PDSI 2008-2010, abrange a totalidade dos municípios do Paraná, onde existe população indígena, serão consideradas as metas gerais e aquelas aplicadas aos municípios objeto deste estudo.

O PDSI-PR, fez uma caracterização dos povos indígenas por aldeia identificando, as características sócio demográficas, étnicas, culturais e linguísticas, considerando para isso a população estimada para o ano de 2008, conforme demonstrado no quadro 8.

Apesar de haver esta caracterização em momento algum é apresentado sugestões para que se implante um modelo de atenção diferenciado que respeite as concepções sobre o processo saúde doença de cada uma destas etnias.

Genericamente se propõem que haja treinamentos para as equipes que fazem atenção à saúde indígena e é destacada a necessidade de haver agentes de saúde de saneamento indígenas fazendo parte das equipes e saúde.

QUADRO 8 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO INDÍGENA RESIDENTE NA ÁREA DE ESTUDO, CONFORME O PDSI-PR EM 2008

MUNICÍPIO	ALDEIA	ETNIA	POPULAÇÃO	IDIOMA
Candido de Abreu	Faxinal	Kaingang e Guarani	572	Kaingang e Guarani
Chopinzinho	Palmeirinha	Kaingang e Guarani	282	Kaingang e Guarani
	Mato Branco	Kaingang e Guarani	52	Kaingang e Guarani
Coronel Vivida	Fazenda	Kaingang e Guarani	369	Kaingang e Guarani
Diamante do Oeste	Tekohá Anetete	Guarani	271	Guarani
	Tekohá Itamarã	Guarani	113	Guarani
Espigão Alto do Iguaçu	Pinhal	Kaingang e Guarani	308	Kaingang e Guarani
Londrina	Apucarantina	Kaingang	1335	Kaingang
	Barreiro	Kaingang	87	Kaingang
Nova Laranjeiras	Água Santa	Kaingang e Guarani	99	Kaingang e Guarani
	Campo do dia	Kaingang	325	Kaingang
	Encruzilhada	Kaingang	291	Kaingang
	Lebre	Kaingang e Guarani	161	Kaingang e Guarani
	Rio das Cobras	Kaingang e Guarani	773	Kaingang e Guarani
	Taquara	Kaingang	212	Kaingang
	Trevo	Kaingang	629	Kaingang
	Vila Nova	Kaingang	152	Kaingang
Mangueirinha	Mangueirinha	Kaingang	665	Kaingang
	Paiol Queimado	Kaingang	118	Kaingang
Manoel Ribas	Ivaí	Kaingang e Guarani	1425	Kaingang e Guarani
Palmas	Palmas	Kaingang e Guarani	600	Kaingang e Guarani
	Vila Nova	Kaingang	53	Kaingang
Santa Amélia	Laranjinha	Guarani	205	Guarani
São Jerônimo da Serra	São Jerônimo	guarani Xetá e Kaingang	582	Guarani Xetá e Kaingang
	Cedro	Kaingang e Guarani	65	Kaingang e Guarani
	Barão de Antonina	Kaingang e Guarani	333	Kaingang e Guarani
São Miguel do Iguaçu	Ocoy	Guarani	558	Guarani

FONTE: PDSI-PR (2008); FUNASA (2010)

No quadro 9, são relacionadas as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI), existentes em cada aldeia, indicando a falta de profissionais e desproporção das equipes para atendimento aos indígenas e não é informado o tipo de vínculo trabalhista e nem se são próprios ou terceirizados. Existem profissionais atuando em mais de um local, que no quadro corresponde ao profissional que está englobado em mais de um local de atendimento e os espaços onde aparece 0, representam a ausência de profissionais nas aldeias.

O que pode ser observado é que existem mesmas equipes atendendo aldeias diferentes com etnias diversas. Este atendimento se dá pelo deslocamento da equipe até os locais indicados, mas também há situações em que é o paciente indígena quem se desloca para receber o atendimento.

QUADRO 9 - COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES E DISTRIBUIÇÃO CONFORME A ALDEIA, EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ EM 2008

MUNICÍPIO	ALDEIA	MÉDICO	ENFERMEIRO	DENTISTA	TÉCNICO AUXILIAR ⁽¹⁾	ACD ⁽²⁾	AIS ⁽³⁾	AISAN ⁽⁴⁾
Candido de Abreu	Faxinal	1	1	1	1	0	2	1
Chopinzinho	Palmeirinha	1	1	1	0	0	3	2
	Mato Branco ⁽⁵⁾							
Coronel Vivida	Fazenda	1	0	1	1	0	2	2
Diamante do Oeste	Tekohá Anetete	1	1	1	1	0	2	2
	Tekohá Itamarã				1	0	1	0
Espigão Alto do Iguaçu	Pinhal	1	0	1	1	0	1	1
Londrina	Apucarantina	2	1	1	2	1	3	3
	Barreiro ⁽⁶⁾							
Nova Laranjeiras	Água Santa ⁽⁷⁾							
	Campo do dia ⁽⁷⁾							
	Encruzilhada ⁽⁷⁾							
	Lebre ⁽³⁾							
	Rio das Cobras	2	1	1	8	0	10	7
	Taquara ⁽⁷⁾							
	Trevo ⁽⁷⁾							
Mangueirinha	Mangueirinha	1	1	2	2	0	3	3
	Paiol Queimado	0		0	0	0	0	
Manoel Ribas	Ivaí	1	1	1	2	0	6	2
Palmas	Palmas	0	1	1	2	0	3	3
	Vila Nova ⁽⁸⁾	0						
Santa Amélia	Laranjinha	1	1	1	0	1	2	1
São Jerônimo da Serra	São Jerônimo		1	1	1	0	2	1
	Cedro ⁽⁹⁾	1						
	Barão de Antonina		1	1	1	0	2	2
São Miguel do Iguaçu	Ocoy	1	1	1	1	0	2	1

FONTE: PDSI-PR (2008); FUNASA (2010)

(1) Técnico Auxiliar - são os técnicos e auxiliares de enfermagem.

(2) ACD - auxiliar de consultório dentário.

(3) AIS - agente indígena de saúde.

(4) AISAN - agente de saneamento indígena.

(5) Atendido pela equipe de Palmeirinha.

(6) Atendido pela equipe de Apucarantina.

(7) Atendido pela equipe de Rio das Cobras.

(8) Atendido pela equipe de Palmas.

(9) Atendida pela equipe de Barão de Antonina.

No PDSI-PR, são apresentados indicadores epidemiológicos de mortalidade e morbidade, contudo não estão discriminados para os municípios do Paraná,

sendo apresentados de forma agrupada, destacando o elevado índice de morte infantil e grande número de ocorrências de doenças infecciosas e parasitárias. São apresentadas as principais causas de mortalidade geral, com destaque para as causas mal definidas, o que revela dificuldades de atendimento aos indígenas no momento do óbito.

São apresentados os sistemas de referência para a saúde indígena no Estado definindo como locais para o encaminhamento, os pólos base de Guarapuava e Londrina. Apesar de citados, estes pólos na verdade não se concretizaram no Paraná como unidades físicas e sim como locais para onde há encaminhamento de pacientes para atendimentos especializados. A casa de saúde do índio (CASAI) em Curitiba é referência para todo o Estado, realizando os encaminhamentos para os atendimentos de maior complexidade. O Plano Distrital não menciona qual é o papel dos municípios na articulação entre a rede básica e os serviços especializados do SUS.

No plano de metas são apresentados para o período 2008 a 2010 alguns indicadores que devem ser cumpridos, sendo apresentados de forma condensada para o Estado, destacando os indicadores de cobertura vacinal para crianças e adultos indígenas; implementação do controle da malária; implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional; controle da tuberculose; vigilância ambiental e controle das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS; implementação das ações de atenção integral a saúde da mulher e da criança; implantação de ações de saúde mental; de assistência farmacêutica e de proteção aos conhecimentos tradicionais dos povos indígenas.

O plano ainda traz uma proposta de capacitação das equipes de saúde, previsão de reuniões dos CONDISI, plano de investimentos com ampliação da estrutura física e de equipamentos indicando os locais para construção e equipamento destes postos de saúde e melhorias nas condições de infraestrutura sanitária e finalmente uma previsão orçamentária para a execução das atividades neste período de 2008 a 2010.

Ainda que não seja objeto do presente estudo a análise do Plano Distrital de Saúde, vale ressaltar que ao contrário do que estabelece a PM 2656/2007, este

plano parece estar voltado exclusivamente para as ações a serem executadas pela FUNASA sem detalhar o papel dos municípios e das ONG que realizam a prestação de serviços. A apresentação dos dados e metas de forma genérica para o DSEI não contribui para o planejamento e acompanhamento das diferentes realidades locais o que dificulta o controle social e a utilização deste instrumento para o planejamento municipal e estadual.

Apesar de estar identificado que as equipes são incompletas, não há previsão no PDSI-PR, de como será completada estas equipes e tampouco são relatadas qualquer proposta relacionada ao acompanhamento da aplicação dos recursos do Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas e do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas os quais segundo a PM 2656/2007 devem estar em conformidade com o PDSI.

Apesar do PDSI-PR ter potência para ser um importante instrumento de gestão, a prática institucional de fazer a sua elaboração, sem a discussão ampliada com a Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, contribui para fragilizar essa ferramenta. Sua importância está no fato de que o PDSI-PR é o instrumento de gestão e pactuação com estes atores, cuja participação não foi citada no processo de elaboração deste documento.

5.3 A ATUAÇÃO DO ESTADO DE ACORDO COM A PORTARIA 2656/2007

Considerando que a atuação do Estado é prevista no artigo 11 da portaria 2656/2007, com repercussões sobre a atuação dos municípios, será feita uma breve análise das principais medidas executadas pelo Estado no período de 2008 a 2010.

Nas Conferencias Estaduais de Saúde realizadas em 2007 e 2009, apenas está previsto que deve ser assegurada a participação indígena na política de educação permanente e de que devem ser inseridos nos Programa de Saúde Mental, de mulheres, de gestantes, de idosos, de crianças e adolescentes e nas temáticas DST/Aids, saúde bucal e nutricional, sexualidade, violência, álcool e outras drogas, garantido o respeito a sua diversidade cultural e étnica.

O Decreto Estadual n.º 3353 de 02/09/2008, altera a composição do Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR), e inclui um representante do Ministério da Saúde, representado pela FUNASA - Fundação Nacional de Saúde, na condição de titular e suplente.

A atuação complementar do Estado prevista na Portaria, não está contemplada nos Plano Estadual de Saúde e Plano Distrital 2008 a 2010 e não são evidenciados nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) deste período ações diretas de atendimento a população indígena pelo Estado, sendo apenas dado apoio técnico aos municípios, às Coordenações Regionais da FUNASA e aos DSEI, na manutenção das coberturas vacinais em terras indígenas do Paraná.

Em relação aos sistemas nacionais de informação do SUS o que se observa é que os sistemas de registro de nascidos vivos (SINASC), o sistema de notificação de agravos (SINAN), o sistema de mortalidade (SIM), vem sendo mantidos de forma regular com o registro de eventos relacionados à população indígena em todo o período de 2008 a 2010.

Na programação pactuada e integrada no Estado (PPI), não está estabelecido nestes anos nenhuma referencia aos fluxos de referencia para atendimento a população indígena e não é descrito o acesso aos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Foram registradas algumas participações do Estado nas reuniões do CONDISI, porém não há registro nas atas das reuniões da comissão intergestores Bipartite (CIB) no período de 2008 a 2010 de qualquer discussão sobre a avaliação das ações de saúde dos povos indígenas no Paraná e não foram homologados nenhum dos termos de pactuação da atenção à saúde indígena previstos pela PM 2656/2007.

É importante destacar que nos Estados de São Paulo e Santa Catarina, as Secretarias Estaduais de Saúde por conta da Portaria 2656/2007, elaboraram planos específicos para o gerenciamento da atenção à saúde indígena, com estabelecimento de fluxos e compromissos de gestão pactuados para o atendimento complementar da saúde indígena nestes Estados. No Paraná não houve por parte da Secretaria Estadual nenhuma formulação de proposta para atender este momento da implantação do Subsistema de Saúde Indígena.

5.4 A IMPLEMENTAÇÃO DAS RESPONSABILIDADES MUNICIPAIS

O artigo 12 da PM 2656/2007 define como atribuições dos Municípios a atuação complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena, conforme definido no PDSI do qual deve participar na elaboração, nos objetos dos Termos de Pactuação da Atenção à Saúde aos Povos Indígenas (TPASPI) e descritas no respectivo Plano Municipal de Saúde, em que deve constar as metas e ações para as comunidades indígenas. Deve alimentar os sistemas nacionais de informação do SUS, com os dados relativos à Atenção à Saúde Indígena, mantendo atualizado o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde e assegurar a participação de representantes indígenas e dos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena no Conselho Municipal de Saúde. Os municípios devem ainda participar do Conselho Distrital de Saúde Indígena, avaliar e acompanhar em conjunto com os DSEI e Estados as ações e serviços de saúde realizados e enviar para a CIB os TP para avaliação e homologação e definir, em conjunto com a FUNASA, o perfil dos profissionais que comporão as equipes multidisciplinares de saúde indígena.

Com base nestas atribuições e nas análises dos documentos obtidos serão avaliados os municípios selecionados para o estudo frente a três áreas arroladas na própria Portaria n.º 2656/2007, a saber: compromissos de gestão, condições técnico operacionais dos serviços de saúde, acompanhamento e avaliação. Será apresentado e discutido em seguida o instrumento para coleta de dados composto por agrupamentos de responsabilidades previstos na portaria, os quais irão constituir os indicadores para analisar o cumprimento das responsabilidades prescritas para os municípios.

5.4.1 Análise dos Termos de Compromisso de Gestão (TCG), Termo de Pactuação (TP) e Planos de Trabalho (PT) dos Municípios

A PM 2656/2007 estabelece que os incentivos objetos de regulamentação desta Portaria serão repassados a Municípios e a Estados, mediante a elaboração de alguns documentos, que estabelecem os compromissos de gestão para o

atendimento à saúde indígena. São eles o Termo de Compromisso de Gestão, o Termo de Pactuação de Atenção à Saúde Indígena e o Plano de Trabalho.

Para dar conta da análise destes compromissos de gestão os 13 municípios serão analisados em blocos, onde serão verificados se houve cumprimento destes compromissos de gestão no período de 2008 a 2010.

Nesta análise é considerado se o município elaborou o TCG, se assinou o TP com definição de responsabilidades e atribuições em relação à saúde indígena, se foi elaborado o PT e se os termos foram aprovados e ratificados na CIB Estadual.

A análise dos dados apresentados mostra que todos os municípios selecionados na amostra apresentaram o TCG, porém nenhum deles como estabelecido no artigo 20 da PM 2656/2007, prevendo atenção para a saúde indígena.

É interessante observar que as deliberações que aprovam os TCG pela CIB do Paraná, as de n.º 108, n.º 111, n.º 122 e n.º 145 de 2007 e as de n.º 07 e n.º 17 de 2008, não se referem à Portaria 2656/2007. Isto é devido ao fato de que os TCG foram formulados em data anterior a esta portaria e não foram refeitos ou aditivados para cumprir as novas exigências em relação à saúde indígena, porém houve previsão de repasses para esta atividade pelo piso de atenção básica variável (PAB variável) conforme discriminado na Portaria GM 477 de 12 de março de 2008.

A falta de celebração destes TCG para a saúde indígena, que conforme a portaria, representaria a formalização do Pacto pela Saúde, contendo os objetivos e as metas, as atribuições e as responsabilidades sanitárias dos gestores além dos indicadores de monitoramento e avaliação, permite levar em consideração a reflexão feita por autores como Flexor e Leite (2006) que afirmam que durante a implementação é que as decisões acomodam-se à realidade, ajustam-se ao campo da aplicação e se inscrevem nas rotinas dos agentes que implementam a política. Lidblom (1981) alerta para a imprevisibilidade e a necessidade de renegociações durante esta fase.

Neste caso a formulação dos TCG que já era aplicada desde 2006 no SUS, não considerou as especificidades dos municípios que apesar de gerir seus sistemas municipais de saúde, não tinham conhecimentos e experiências no atendimento a população indígena, fazendo com que o Ministério alterasse a

norma sem prazo definido, permitindo que os municípios avaliados continuassem a receber os recursos financeiros mesmo sem assumir explicitamente compromissos com objetivos e metas de atenção à saúde indígena.

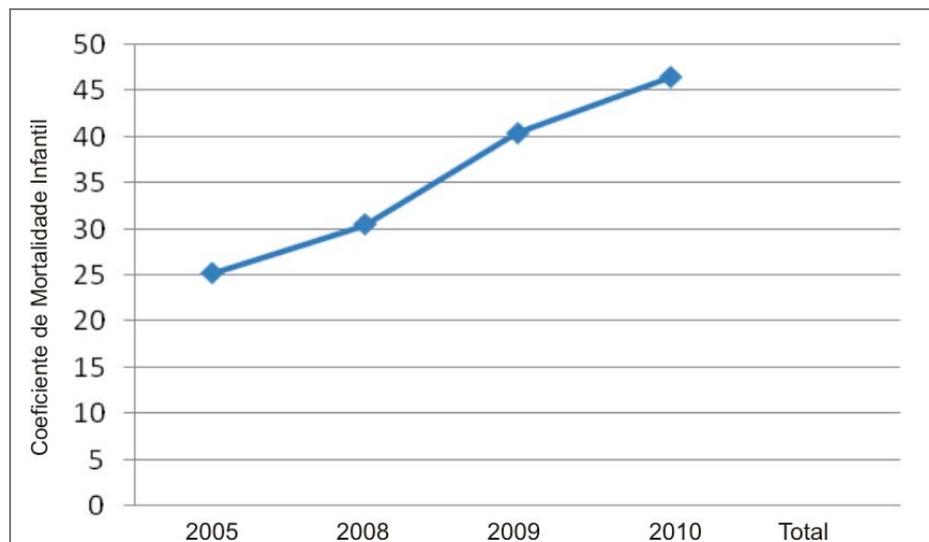
Todos os municípios tiveram aprovados na CIB Estadual os seus TP. Conforme demonstrado nos relatórios municipais de indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde (SISPACTO) que integram os TP para o ano de 2008, houve o compromisso com a saúde indígena em uma única meta presente no pacto, que é a redução da mortalidade infantil, tendo como linha base o ano de 2005, sem expressar em quanto seria esta redução ao ano.

Esta meta, foi repetida no SISPACTO para o ano de 2009, contudo no ano de 2010, nenhuma meta relacionada à população indígena foi proposta para nenhum dos 13 municípios estudados.

Considerando o que estabelece a portaria, outros indicadores deveriam ser considerados especificamente para a população indígena nos TP, uma vez que estão inseridos no PDSI como ampliação da cobertura vacinal para crianças e adultos indígenas; implementação do controle da malária; implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional; controle da tuberculose; vigilância ambiental e controle das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS; implementação das ações de atenção integral a saúde da mulher e da criança; implantação de ações de saúde mental; de assistência farmacêutica e de proteção aos conhecimentos tradicionais dos povos indígenas.

Se levarmos em conta a redução da mortalidade infantil como expressão do cumprimento dos objetivos estabelecidos nos 13 municípios poderíamos afirmar que não houve cumprimento de metas, uma vez que de acordo com o Sistema de Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde (SIM-MS) a mortalidade infantil em menores de 1 ano para o conjunto dos 13 municípios em 2005 foi de 25,12, em 2008 foi de 30,53, no ano de 2009 foi de 40,40 e em 2010 foi de 46,51 óbitos em menores de 1 ano por mil nascidos vivos, significando no período um acréscimo de 52,34% nas mortes infantis do conjunto dos municípios estudados em relação a 2005 (gráfico 4).

GRÁFICO 4 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL INDÍGENA EM MENORES DE 1 ANO NOS 13 MUNICÍPIOS ESTUDADOS NO PARANÁ - 2005-2010



FORNTE: SIM/SINASC

Esta situação pode estar relacionada com as falhas no modelo de atendimento que vem sendo realizado nas áreas indígenas, além das questões sócio culturais que envolvem a morte infantil. Também demonstram a falta de um processo contínuo de avaliação pelos gestores já que o repasse de recursos financeiros esta condicionado ao cumprimento de metas pactuadas.

O relatório IDS-SSL-CEBRAP (RAGGIO *et. al.*, 2009, p.101) avaliando as condições do sistema de saúde indígena destaca que:

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. (RAGGIO *et. al.*, 2009, p.101).

5.4.2 O Plano Municipal de Saúde e suas Definições em Relação à Saúde Indígena

Para a análise dos Planos Municipais de Saúde foi considerado que as suas metas deveriam abranger o período do estudo de 2008 a 2010. Os Planos são plurianuais, razão pela qual nos 13 municípios estudados foram considerados os planos que abrangiam o período 2008 a 2010. Os itens de verificação buscavam

identificar se os municípios formularam PMS no período de estudo, se havia identificação de problemas prioritários em relação à saúde indígena, se contemplava metas e estratégias de acordo com os agravos identificados e se havia pactos para a oferta de serviços básicos e de média e alta complexidade para a população indígena. Para fins de considerar sim ou não na resposta foi considerado o período 2008 a 2010 por inteiro, bastando para isto haver em relação ao item de verificação apenas um fato afirmativo ou a ausência deste.

É possível observar no Gráfico 5 que todos os municípios da área de estudo, formularam seus planos municipais de saúde para o período de 2008 a 2010. Seus formatos tem um mesmo roteiro, porém com conteúdos muito diversos, com alguns detalhando seu quadro epidemiológico enquanto outros apenas citam fontes com poucos indicadores. Nos PMS de Espigão Alto do Iguaçu, Manoel Ribas e Santa Amélia, na caracterização demográfica não é registrada a presença indígena no município, ainda que representem um contingente significativo da população municipal.

Nos planos são destacados indicadores sociais como nível de renda e IDH, porém não apresentam estratégias para atendimento as populações que se encontram nos extratos mais baixos. Os que reconhecem a presença indígena em seu território consideram a necessidade de respeitar suas particularidades étnicas e culturais, mas não apontam nenhuma estratégia para enfrentar esta situação, e propiciar um atendimento diferenciado a não ser em casos isolados quando propõem treinar a equipe de saúde para atendimento aos povos indígenas. O conceito de atenção diferenciada presente na PNSPI não é abordado em nenhum plano de saúde estudado e não se fala nas instâncias colegiadas previstas de saúde indígena como Conselho local ou Distrital.

Nos planos são identificados problemas em relação ao atendimento a saúde indígena, com dificuldade de entrosamento com a FUNASA, a falta de equipe para atuar nas aldeias e dificuldades de encaminhamento. Em alguns planos aparece o papel articulador do município, pela oferta de serviços de diagnóstico, terapia e consulta especializada na rede do SUS. Porém há planos que não fazem qualquer referencia a atenção à saúde indígena no município.

Uma questão que se repete é a dificuldade posta pelos municípios de manter profissionais atuando nas aldeias devido à precarização de seu trabalho com contratos informais feitos pelas ONG. Em relação à pactuação para atendimento específico a saúde indígena de media e alta complexidade não foi evidenciada esta proposta em nenhum plano.

Quando os planos abordam a questão do financiamento, todos explicitam seu compromisso com o cumprimento da Emenda Constitucional 29 que estabelece níveis mínimos de aplicação de recursos financeiros em saúde, porém apenas os municípios de Candido de Abreu, Chopinzinho, Coronel Vivida, Mangueirinha e Nova Laranjeiras se referem diretamente aos valores recebidos dos incentivos previstos na PM 2656/2007, e em nenhum plano há referência de contrapartida municipal para o custeio da saúde indígena.

Este fato tem relevância em relação ao financiamento, e demonstra que a regulamentação proposta pela Portaria 2656/2007, pouco alterou a situação anterior definida pela PM 1163/99.

O Art. 3.º da PM 2656/2007, define que a aplicação dos recursos IAB-PI e IAE-PI, devem estar em conformidade com o Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) e com os Planos de Saúde dos Estados e Municípios, e estabelece no Art. 4.º IAB-PI que o recurso deve ser utilizado para ofertar consultas e procedimentos de atenção básica às comunidades indígenas.

A Portaria 1163/99 instituiu o Fator de Incentivo de Atenção Básica aos povos indígenas, destinado a apoiar a implantação de AIS e de EMSI podendo ser operadas direta ou indiretamente pela FUNASA, Estados ou por Municípios, e apenas nos casos em que a execução fosse feita pelas prefeituras estes valores seriam transferidos fundo a fundo.

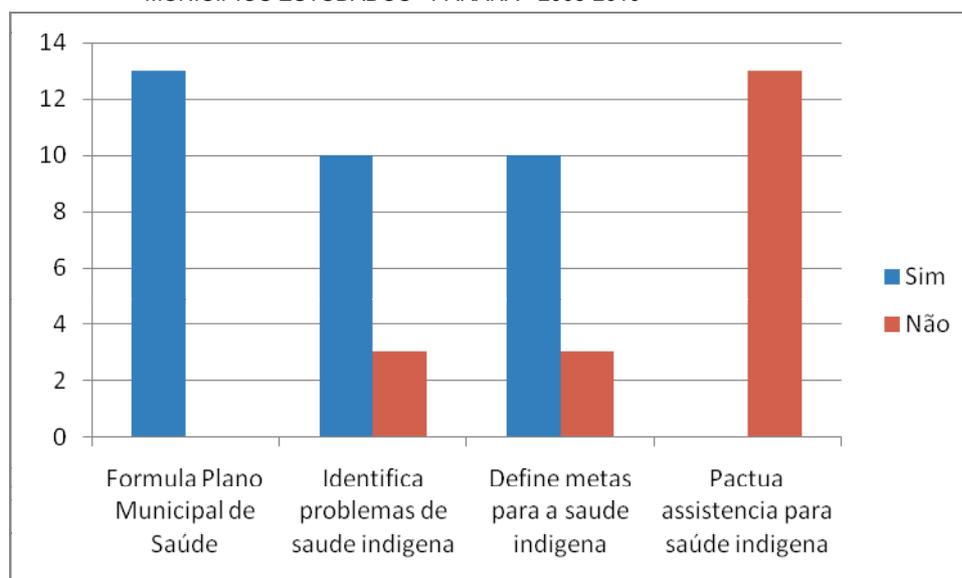
O que difere as duas portarias é que na PM 1169/99, o recurso se destinava apoiar as EMSI e os AIS, enquanto na Portaria 2656/2007, ela propõem que seja feita a oferta de consultas e procedimentos de atenção básica às comunidades indígenas e que deve estar em conformidade com os PMS. A situação existente no período de 2001 a 2007 era de execução indireta pelas Prefeituras, pelas ONG, porém havia o repasse para os fundos municipais de

saúde. Esta questão pode ser comprovada através de Convênios firmados entre os municípios e ONG, como é o caso dos municípios de São Miguel do Iguazu e Diamante do Oeste, que estabeleciam como atribuição da convenente na alínea A, executar a seleção e contratação de recursos humanos. (TERMO DE CONVÊNIO MUNICIPAL, 2001).

Porém esta questão, da discussão dos novos termos em relação a PM 2656/2007, não se efetivou, em virtude dos adiamentos feitos pelo Ministério para aplicação do item que previa a celebração dos TPASPI, conforme a PM 2760 de 18/11/2008, o que propiciou a continuidade da situação anterior, qual seja, a de que os municípios não assumiam a condição efetiva de gestor da atenção a saúde indígena, mas de intermediários na contratação das EMSI.

Desta maneira os dados analisados não permitem afirmar que os Planos Municipais e Estaduais de Saúde cumpriram com a determinação expressa na PM 2656/2007, de inserir as ações voltadas à Saúde Indígena, de forma compatível ao Plano Distrital de Saúde Indígena.

GRÁFICO 5 - FORMULAÇÃO DE PMS, IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS, DEFINIÇÃO DE METAS E PACTOS DE ASSISTÊNCIA PARA A POPULAÇÃO INDÍGENA NOS 13 MUNICÍPIOS ESTUDADOS - PARANÁ - 2008-2010



FONTE: PMS 2008-2010

5.4.3 A Participação dos Municípios na Elaboração e Uso do Plano Distrital de Saúde Indígena

Uma das responsabilidades estabelecidas para os municípios pela PM 2656/2007 é a sua participação na elaboração do PDSI, com a incorporação de suas metas nos planos municipais, e que posteriormente deverão ser incorporadas na meta estadual.

Em relação às metas de atendimento, em nenhum PMS analisado é feita referência direta ao PDSI da FUNASA. Este fato é citado no relatório do diagnóstico do sistema de saúde indígena contratado pela FUNASA quando se afirma que o PDSI, "têm potência para ser importantes instrumentos de gestão, mas parece que a estrutura e as práticas institucionais vêm contribuindo para fragilizar essa ferramenta" (RAGGIO *et. al.*, 2009, p.129).

Os municípios apontam no PMS pelo menos uma meta específica para o atendimento a população indígena que é a redução da mortalidade infantil. Em relação às demais patologias, agravos, medidas de promoção e prevenção, as metas estabelecidas são genéricas para a população municipal sem uma abordagem específica para o indígena.

A presença da meta de redução da mortalidade infantil já vinha sendo considerada nos planos anteriores a 2008, razão pela qual apesar de ser citada no PMS, não significa o cumprimento da determinação dada pela portaria e nem pelo PDSI. Também as metas de atendimento para a população em geral que foram incorporadas aos PMS, e que acabaram por vir compor o PES como nas de combate a tuberculose, AIDS, Dengue e outras endemias, ainda que possam indiretamente atender a população indígena, não foram consideradas, uma vez que a PM 2656/2007 é clara ao definir que estas metas devem ser relacionadas com o atendimento da população indígena do município.

Diehl e Langdon (2009), reconhecem este problema ao afirmar que;

Especificamente no planejamento em saúde, que idealmente deve ser construído a partir das solicitações e necessidades de cada Terra Indígena, para então constituir o Plano Distrital, observa-se que a proposição e a organização das ações partem de grandes programas nacionais, como saúde da mulher e da criança, capacitação de agentes indígenas de saúde, vigilância alimentar e nutricional, saúde bucal, entre outras. (DIEHL, LANGDON, 2009, p.9).

5.4.4 Manutenção dos Sistemas de Informação

Uma das atribuições estabelecidas pela PM 2656/2007 é a de que os municípios devem manter atualizados e informados os principais sistemas nacionais de informação do SUS. Para avaliar o cumprimento por parte dos municípios desta função, foram feitas consultas por acesso feito pelo gestor estadual a base de dados dos sistemas, buscando verificar o envio das informações e se está presente a identificação étnica indígena. Sendo assim foram consultados o sistema de informação em mortalidade (SIM), o sistema de informação de nascidos vivos (SINASC), o sistema de informação de agravos notificáveis (SINAN), o sistema de informações do Programa Nacional de Imunizações (SIS-PNI) e o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES).

Na consulta feita online nestes sistemas foi possível identificar que ao longo dos anos de 2008 a 2010, houve continua manutenção destes sistemas com a inclusão das informações necessárias, apesar de que em algum momento foi observado atrasos no envio das informações. Esta situação é devida em parte ao risco de suspensão de repasses financeiros ao município caso não haja alimentação dos sistemas, o que implicaria não somente na suspensão dos repasses para a saúde indígena, mas para todo os repasses feitos.

A alimentação destes bancos de dados nacionais (SIM, SINASC, SINAN, SIS-PNI e CNES) dentre outras utilidades, fornecem elementos para a elaboração de taxas e indicadores que auxiliam na caracterização do perfil de morbimortalidade da população e da oferta de serviços de saúde. Logo, constituem-se em um importante instrumento de monitoramento e avaliação do setor, porém nos Relatórios de Gestão e nos Planos Municipais de Saúde analisados estas informações são pouco exploradas quer no estabelecimento dos diagnósticos situacionais da saúde indígena como nos processos de avaliação de resultados.

Apesar de haver continua manutenção destas informações, no que se refere à saúde indígena, a qualidade destas informações é colocada em duvida principalmente quando se confronta estes dados com aqueles mantidos diretamente pela FUNASA como no caso do sistema de informação da saúde indígena (SIASI).

O sistema SIASI é de uso exclusivo da FUNASA, sem acesso a estas informações pelo município. Além de gerar duplicidade nas informações, os sistemas não interagem, contribuindo para a inconsistência da informação.

Exemplo deste fato, e que ao comparar os dados sobre morte infantil relatados no RAG da FUNASA, e os dados do SIM informados pelos municípios em que existem aldeias indígenas, nos anos de 2008, 2009 e 2010, encontramos diferenças nestas taxas nos três anos. Enquanto no sistema SIASI, este indicador foi em 2008 de 44,50, em 2009 de 37,50 e 2010 de 42,55 óbitos por mil nascidos vivos, no SIM municipal, estes dados foram em 2008 de 37,21, em 2009 de 42,30 e em 2010 de 41,30 óbitos por mil nascidos vivos, revelando inconsistências tanto no número de óbitos ocorridos em menores de 1 ano quanto no número de nascidos vivos.

Souza *et al.*, 2007 analisam esta dissociação:

A comunicação do SIASI com os diversos sistemas de informação do Ministério da Saúde, apesar de fazer parte da sua concepção, ainda está para se efetivar. Em decorrência, surgem inconsistências importantes. Por exemplo, apesar de o campo *raça/cor* estar presente na declaração de óbito desde 1996, o número de óbitos da população indígena é, pelo menos, três vezes menor no SIM quando comparado ao SIASI. Documentos internos da FUNASA já demonstram como prioridade a necessidade de articulação intra-institucional visando compatibilizar os sistemas de informação, tornando o SIASI mais afim aos demais do Ministério da Saúde. (SOUZA *et al.*, 2007, p.858).

5.5 CONDIÇÕES TÉCNICO OPERACIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Dentre as diversas responsabilidades preconizadas na PM 2656/2007, merecem destaques aquelas diretamente relacionadas à oferta de serviços assistenciais à população indígena. Uma das principais atribuições dadas aos municípios é definir com a FUNASA a composição das Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI), contudo a análise dos termos de compromissos de gestão, planos municipais de saúde, pactuações e relatórios de gestão não indicam que tenha havido esta discussão. Apenas um PMS cita que as equipes de saúde serão contratadas conforme a orientação da FUNASA.

A consulta aos bancos de dados do CNES, indica que apenas existem nos municípios estudados 11 agentes de saúde indígena e 2 agentes de saneamento indígena, contratados pelos municípios de Londrina, de São Jerônimo da Serra e Coronel Vivida. Para os demais municípios não é informado como se dá o vínculo dos agentes que atuam nas unidades, porém os relatórios de gestão da FUNASA de 2008 e 2010, revelam que estes funcionários são contratados por ONGs, que prestam serviços as prefeituras municipais e que são remuneradas através dos recursos do incentivo a saúde indígena.

Para se ter um entendimento de como são estruturadas as equipes que prestam serviços as aldeias indígenas, a única informação disponível é aquela relacionada no quadro 9, quando são apresentados no PDSI-PR da FUNASA, a distribuição dos recursos humanos. Nele é possível identificar que existia no ano de 2008, pelo menos uma equipe multidisciplinar por município para o atendimento à saúde indígena, com os profissionais tendo a responsabilidade pela cobertura de todas as aldeias existentes no território.

Se considerarmos que a ideia presente na definição destas equipes era seguir o modelo do Programa de Saúde da Família conforme citam autores como Magalhães (2005) e Langdon (2006), o numero de equipes seria suficiente para dar o atendimento básico à população residente na área do estudo, uma vez que para a população abrangida de cerca de 12.000 pessoas, existiriam 13 equipes de saúde, o que significaria dizer que cada equipe seria responsável pela cobertura de uma população em média de menos de 1.000 habitantes, estando bem acima do prevista pela legislação vigente, que estabeleciam esta cobertura para a população não indígena de cerca de 3000 habitantes por equipe.

Raciocínio análogo pode ser feito com os 44 agentes de saúde indígena existentes (quadro 9), que cobririam uma média de 270 indígenas por agente, enquanto PSF para populações não indígenas recomenda o atendimento de 750 pessoas por agente de saúde. Estas comparações não tem como propósito afirmar que a atenção básica a saúde indígena estaria plenamente atendida por estes profissionais mas apenas a de indicar que a cobertura para a população indígena em média era três vezes maior do que na população não indígena do entorno.

Se levarmos em conta que a cobertura é suficiente para dar atendimento à população indígena, porém sem evidências de melhoria dos resultados na atenção, poderíamos considerar que o modelo de assistência é que não tem sido satisfatório. Não há evidências nos documentos de que a oferta dos serviços se pautar por uma atenção diferenciada, há apenas uma transposição para as aldeias do modelo biomédico vigente na atenção municipal, onde atuam a maioria dos profissionais contratados nas aldeias.

Para Silveira (2004) em suas considerações sobre a proposta de atenção diferenciada baseada nas suas experiências com índios Yanomamis;

Este modelo assistencial foi estruturado em torno da figura do AIS, que deveria assumir as ações básicas de saúde sob supervisão e treinamento dos profissionais de nível médio e superior. Não é o que ocorre na prática, pois os AISs *Yanomam*TM atuam como auxiliares desqualificados dos demais profissionais da equipe de saúde, sem qualquer poder de decisão sobre o encaminhamento de ações curativas e preventivas. (SILVEIRA, 2004, p.15).

Em relação à organização dos serviços de saúde, no artigo 12 da PM n.º 2656/2007 está estabelecido que o município deve atuar de forma complementar na execução das ações de atenção à saúde indígena, conforme definido no PDSI, nos objetos dos TPASPI e descritas no respectivo PMS.

Na análise precedida nos PMS, TCG e TP dos 13 municípios da área de estudo, não se identificou em nenhum deles a forma como se dá a complementariedade prevista na PM 2656/2007. O que são citados nestes documentos são intenções genéricas, como por exemplo, a de encaminhar indígenas para atendimento ambulatorial, hospitalar e de diagnóstico. Não há definição de fluxos e tampouco qualquer referência a atenção diferenciada.

A análise dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) que apresentam os resultados e metas obtidos no final de cada exercício pelos municípios, mostram que as ações de prevenção dos programas de tuberculose, Hanseníase e AIDS, são estendidas para a população indígena, porém, não propõem qualquer adequação para tratar esta população.

A mesma situação ocorre com a atenção médica ambulatorial e hospitalar, sendo que pelo menos em dois Relatórios de Gestão foi explicitado que a

parametrização para o atendimento a saúde por médicos nas unidades de saúde segue o mesmo padrão para os indígenas, que é o de 16 consultas dias mais 4 consultas para emergência durante duas vezes por semana, o que descaracteriza a proposta de atendimento diferenciado, sendo inadequada para a condição em que vive a população indígena deste município.

A concepção de atender conforme uma produção previamente estabelecida, leva para as aldeias um tipo de atendimento restrito a prática curativa e emergencial praticado tradicionalmente nos Postos de Saúde, onde o médico substitui a sua presença por um tempo definido, por uma determinada produção. Esta situação de agendar uma oferta pré definida, indica a tendência de aplicar o modelo de atendimento em uso nas unidades municipais em detrimento de uma proposta que considere as representações e valores tradicionais do processo saúde/doença da população indígena.

O relato de Silveira (2004) abordando a relação entre o serviço de saúde e o indígena Yanomani destaca esta questão;

O doente tem total autonomia na busca da cura; um xamã nunca procura os doentes para curá-los. Na verdade, a enfermidade é nomeada e distinguida na arena familiar. Quando não é percebida como um estado grave, muitas vezes, nem o xamã é consultado. O oposto acontece nos atendimentos do posto de saúde, onde a decisão diagnóstica cabe exclusivamente ao profissional de saúde, que atua de forma coercitiva para conseguir a "aderência" ao tratamento. (SILVEIRA, 2004, p.13).

Em outras ações de saúde como demonstrado nos RAG, a aplicação de princípios gerais para o controle de doenças faz com que se realizem campanhas antitabagistas para culturas como a dos índios Guarani, cuja prática do uso do fumo está estritamente ligada a princípios religiosos e de promoção da saúde física e espiritual e de outras práticas para as quais a intervenção dos serviços de saúde deveria respeitar as práticas culturais da população indígena.

No sentido de identificar as responsabilidades na atenção básica foi verificada a existência de unidades básicas sobre a gestão municipal, visto que, conforme estabelece a Portaria, esta é uma responsabilidade direta da FUNASA. Nos municípios estudados esta situação apareceu uma vez no município de

Londrina, onde existe uma unidade de saúde própria prestando este tipo de atenção. Ainda que isto não configure irregularidade, visto o caráter complementar do município na assistência, esta ação deve ser assumida diretamente pelo Governo Federal.

Quanto a convenio com terceiros, as ONGs que atuaram no Estado no período analisado foram principalmente a Associação Rondon com sede em Santa Catarina e a Associação de Defesa do Meio Ambiente Rheimer com sede em Curitiba além de uma ONG local em um município.

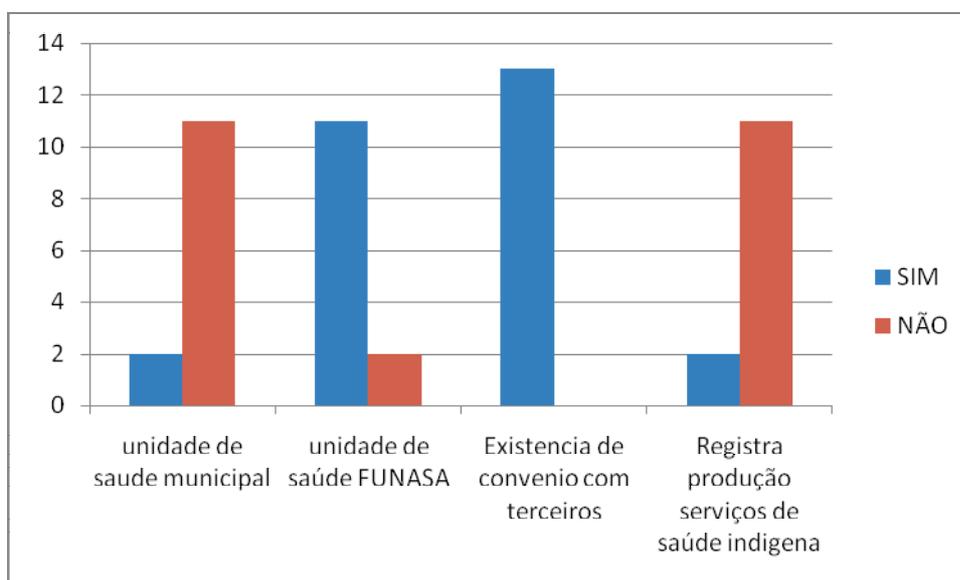
Os municípios apesar de firmarem convênios com estas entidades, apenas fizeram o repasse dos recursos financeiros do IAB-PI, para o custeio da contratação de profissionais, havendo a referencia em pelo menos um RAG, de que a relação de trabalho destes profissionais com as ONGs era precarizada, com desmotivação para o trabalho e havendo riscos para o gestor em relação à legislação trabalhista.

Faria, 2011, ao estudar a relação de trabalho das equipes de trabalho do programa de saúde da família comenta:

Embora a proposta da ESF possa ser vista como positiva, sobretudo porque valoriza o vínculo com a comunidade e reorienta o foco da atenção no cuidado, no relacionamento e na família, o estudo aponta que ela pode não se efetivar, dadas as condições de trabalho vivenciadas por grande parte dos trabalhadores, especialmente aqueles com vínculos contratuais precários. Nesse sentido, chama a atenção para a necessidade de melhor considerar os trabalhadores que dão corpo às políticas sociais. (FARIA, 2011, p.153).

Segundo os relatórios de gestão da FUNASA no período analisado, a gerência das unidades era feita diretamente pela equipe colocada a disposição pelos municípios e pelas ONGs sobre sua coordenação e seguindo as orientações do PDSI. Esta situação pode explicar as razões pelas quais todos os registros de produção de serviços não eram feitos pelas prefeituras e sim pela FUNASA, que incorpora estas informações ao SIASI (gráfico 6).

GRÁFICO 6 - GESTOR DA UNIDADE DE SAÚDE, CONVÊNIO COM TERCEIROS E REGISTRO DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS NOS 13 MUNICÍPIOS ANALISADOS NO PARANÁ - 2008-2010



FONTE: CNESS/RAG

A atenção para os serviços especializados é realizada por encaminhamentos para a casa de saúde do índio em Curitiba (CASA), conforme é indicado no PDSI, porém não existe nos planos municipais e nos outros documentos analisados qualquer referência a este tipo de encaminhamento. Quanto aos serviços especializados para o atendimento indígena, ele é identificado em 10 dos municípios analisados conforme demonstrado no quadro 10.

A análise das informações sobre estes serviços, mostra que o repasse para custeio destas ações é feito diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os prestadores, sem uma gerência direta dos municípios, que não fazem esta articulação com a rede básica de atendimento da população indígena. Esta pactuação para a prestação dos serviços especializados é anterior a PM 2656/2007, e o que se observa é uma nítida redução nos repasses destes recursos para os prestadores municipais no período estudado, sem qualquer referência a este fato pelos gestores municipais, cuja gestão seria de sua responsabilidade direta.

Mesmo quando não há serviços para a atenção especializada no nível local, em nenhuma oportunidade foi citada a opção dada pela portaria do uso de recursos de atenção básica ou especializada para a formação de consórcios municipais para o atendimento a população indígena.

QUADRO 10 - RECEBIMENTO DE RECURSO E VALORES PARA O INCENTIVO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 2008-2010

MUNICÍPIO	RECEBEM RECURSOS IAE-PI		VALOR ANO IAE-PI (R\$ 1.000)		
	Sim	Não	2008	2009	2010
Candido de Abreu	x		13.164	3.291	2.194
Chopinzinho	x		12.000	7.000	1.000
Coronel Vivida	x		24.000	22.000	22.000
Diamante do Oeste		x	0	0	0
Espigão Alto do Iguaçu		x	0	0	0
Londrina	x		67.200	63.200	5.600
Mangueirinha	x		43.116	43.116	39.523
Manoel Ribas	x		25.200	6.300	2.100
Nova Laranjeiras		x	0	0	0
Palmas	x		35.880	35.880	32.890
Santa Amélia	x		12.000	12.000	11.000
São Jerônimo	x		18.192	4.548	3.032
São Miguel do Iguaçu	x		12.000	5.000	0

FONTES: CNES/RAG

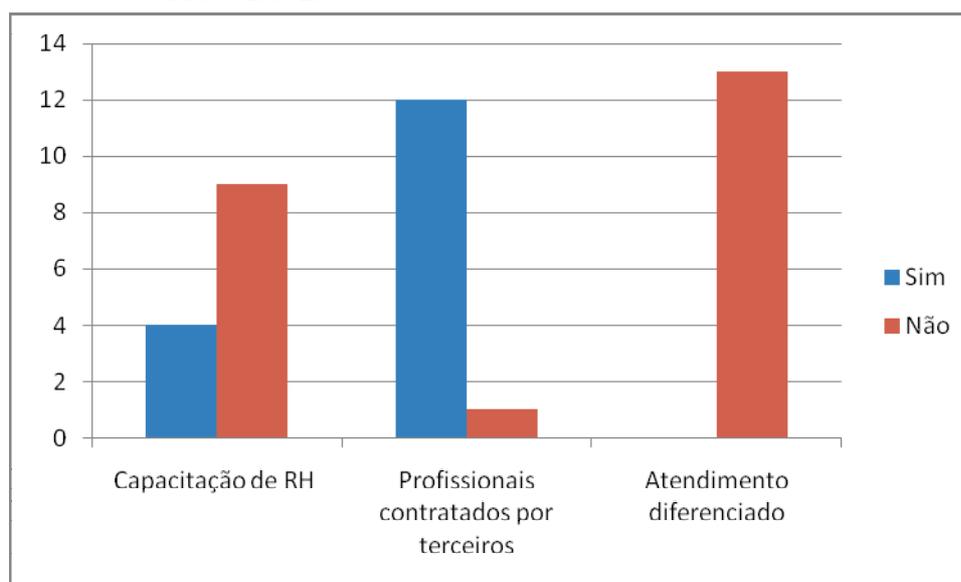
Em relação à capacitação dos profissionais responsáveis pela implementação da atenção à saúde indígena nos municípios não há nos documentos analisados informações que permitam identificar se possuem formação específica ou treinamentos para atuar com a saúde indígena. Porém é possível identificar a necessidade de realização de treinamentos especialmente para os agentes de saúde indígena e para os médicos e enfermeiros. Os treinamentos propostos em alguns Planos Municipais de Saúde e a necessidade de capacitação das equipes apontadas nos relatórios de gestão, sempre se referem ao tema de forma genérica sem especificar as razões desta necessidade e se incorporaram valores tradicionais da população indígena.

Langdon *et al.*, nos estudos sobre a atuação dos AIS em Santa Catarina afirmam que;

Entre 1999 e 2004, identificou-se que somente dois cursos foram oferecidos pelo gestor e que um número mínimo dos AISs trabalhando em 2004 tinha participado deles. A maioria manifestou que uma orientação ao trabalho era inexistente no início da contratação, sendo a necessidade de cursos de formação constantemente observada durante a pesquisa de campo. A sua ausência era indicada como motivo de insegurança no exercer cotidiano de suas práticas de atenção à saúde, assim como fonte de descrédito na sua eficácia diante da população por eles atendida (LANGDON *et al.*, 2006, p.2641).

De uma maneira geral, os documentos analisados não possibilitam identificar uma rede de atenção com as especificidades previstas na PNSPI e nem nas determinações da PM 2656/2007. Não há informações sobre a produção de serviços, seu impacto sobre a população indígena e nem estratégias para a superação de problemas de saúde onde há metas definidas para intervenção dos serviços de saúde como no caso da morte materna e infantil. Os municípios fazem projeções de atendimento sobre a população geral, a partir do qual se pode inferir que possam estar atingindo a população indígena, contudo, não cumprem um dos princípios base da proposta de atendimento à saúde indígena que é a atenção diferenciada (gráfico 7).

GRÁFICO 7 - CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS, TIPO DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS E ATENDIMENTO DIFERENCIADO NOS 13 MUNICÍPIOS ESTUDADOS - PARANÁ - 2008-2010



FONTE: PMS/RAG municipais (2008-2010)

Neste aspecto em relação aos conceitos de gestão e gerencia, aparece a diferenciação apresentada por Levcovitz *et al.* (2003), quando expressa que a gerencia está associada a atuação sobre um serviço isolado enquanto a gestão está sobre o sistema. Nesta condição nem a FUNASA é gestor e nem o município é gerente, uma vez que a divisão de responsabilidades não consegue garantir através da articulação a integralidade proposta para o atendimento à saúde da população indígena, e nem se efetivam as diversas responsabilidades preconizadas pelo SUS relacionadas à oferta de serviços assistenciais à população.

5.5.1 O Financiamento das Ações de Saúde

Um dos principais objetivos da Portaria 2656/2007, foi o de estabelecer a regulamentação dos incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas. No artigo 4.º, foi estabelecido que o Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas - IAB-PI deve ser utilizado para ofertar consultas e procedimentos de atenção básica às comunidades indígenas, e define a fórmula de cálculo para os valores repassados para os fundos municipais de saúde.

Para os municípios do Paraná, foi estabelecido o limite de R\$ 1.000,00 (um mil reais) reais/habitante/ano, porém considerava que aqueles que estavam recebendo, por meio da legislação até então em vigor, valores superiores aos estabelecidos nesta Portaria, seriam avaliados pela FUNASA com acompanhamento do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), e que poderiam estabelecer consórcio ou outros mecanismos legais, para remanejamento de recursos, entre si, para execução de ações e serviços de atenção à saúde indígena.

Desta forma, foram considerados para análise do cumprimento desta portaria os valores repassados no ano de 2007, 2008 2009 e 2010, já que no ano de 2007 os repasses ainda eram feitos com base na Portaria GM 1163/1999 e a partir daí foram repassados considerando os novos critérios da PM 2656/2007.

O que se observa no quadro 11, é que na maioria dos municípios em 2007, o gasto total com saúde por habitante, incluindo aí as despesas com recursos próprios municipais, era inferior aos gastos SUS por indígenas, (consideradas como produto da relação entre os valores do incentivo repassados e a população indígena existente no município), com exceção dos municípios de Londrina, Manoel Ribas e Nova Laranjeiras. Convém ressaltar que as despesas totais por habitante incluem as despesas para atendimento de média complexidade no município.

A partir de 2007, ocorre uma inversão desta situação, com os valores de despesas totais sendo aumentados para todos os municípios em relação à despesa SUS por indígena, sendo que no ano de 2010, com exceção feita ao município de Coronel Vivida, em todos os demais, o gasto total em saúde havia superado o gasto SUS para os indígenas.

No relatório IDS-SSL-CEBRAP (RAGGIO *et. al.*, 2009), esta questão da redução dos recursos para a saúde indígena é reconhecida;

[...] 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. (RAGGIO *et. al.*, 2009, p.20).

O aumento das despesas totais pode ser explicado porque nesta fase ocorreu diversas pactuações com os municípios, que assumiram novas atividades em relação à atenção a saúde de seus munícipes, e por imposição legal, houve um aumento do percentual dos municípios no custeio da saúde com recursos próprios, já que o gasto total inclui todas as despesas em saúde enquanto o gasto em saúde indígena se relaciona exclusivamente a atenção básica.

Outro fato a ser considerado em relação as despesas SUS por indígena, é de que há uma variação muito grande nos valores gastos por município, o que faz com que no município de Londrina tenha sido gasto um valor 5 vezes menor do que aquele gasto no município de Coronel Vivida. Nos documentos analisados não há uma clara explicação para este fato, visto que os recursos eram basicamente para a contratação de equipes de saúde.

Este fato chama a atenção para a cobertura de atendimento dada por cada equipe, visto que as despesas estão sendo consideradas por habitante indígena atendido refletindo as diferenças no tamanho da população atendida por cada uma destas equipes, ou seja, em tese poderia ser aventada a hipótese de que nos municípios com maior valor per capita a atenção seria mais efetiva, contudo, os relatos dos municípios não apontam nesta direção.

Um exemplo desta afirmação, é encontrada nos municípios de Coronel Vivida e Manoel Ribas. Enquanto no primeiro, o valor médio repassado por indígena ano no período de 2008 a 2010 foi de R\$ 947,13 no segundo foi de R\$ 185,06. Porém a equipe de Coronel Vivida tem um menor número de profissionais atuando na EMSI, com 7 membros, enquanto a de Manoel Ribas que recebe o menor valor tem 13

profissionais na equipe. Quando se analisa o indicador médio de mortalidade infantil em Manoel Ribas, este foi de 11,07 óbitos por mil nascidos vivos enquanto em Coronel Vivida foi de 20,40 óbitos por mil nascidos vivos. Ou seja, o município que recebeu um valor 5 vezes maior tem uma menor equipe e um pior desempenho no indicador de morte infantil.

QUADRO 11 - GASTOS TOTAIS POR HABITANTE ANO E GASTOS PARA ATENÇÃO BÁSICA PELO SUS PARA OS INDÍGENAS EM MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 2007-2010

MUNICÍPIO	GASTO TOTAL COM SAÚDE POR HABITANTE ANO (EM R\$)				DESPESA SUS POR INDÍGENA (EM R\$)			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Candido de Abreu	233,26	292,07	305,10	332,16	308,26	335,90	282,57	282,57
Chopinzinho	229,06	261,72	317,52	338,04	231,82	251,14	212,50	212,50
Coronel Vivida	158,49	187,81	231,07	350,15	893,01	1.055,37	893,01	893,01
Diamante do Oeste	292,55	346,32	398,56	458,88	485,80	485,80	485,80	445,32
Espigão Alto do Iguaçu	295,92	346,10	367,33	354,42	345,05	375,88	318,05	274,81
Londrina	385,62	439,51	501,04	543,89	188,53	204,24	172,82	172,82
Mangueirinha	251,36	328,01	289,41	367,10	309,29	335,06	283,52	283,52
Manoel Ribas	267,15	319,68	286,41	322,29	190,34	206,21	174,49	174,49
Nova Laranjeiras	286,71	398,89	376,59	398,21	258,38	279,92	236,86	236,85
Palmas	153,66	195,43	238,00	241,36	242,13	262,31	221,96	221,96
Santa Amélia	351,52	378,24	339,14	324,12	855,74	927,05	784,43	784,43
São Jerônimo	227,64	263,04	265,37	294,60	343,76	372,41	315,12	315,12
São Miguel do Iguaçu	301,62	370,36	362,66	450,32	273,85	296,66	251,02	251,03

FONTE: FNS/FUNASA

Quando se analisa os valores efetivamente repassados para cada um dos municípios estudados (quadro 12), é observado que em todos eles o reflexo da implantação da portaria parece ter sido negativo, uma vez que houve redução de valores quando comparados os anos de 2007 e 2010. Já em relação ao gasto total em saúde nestes municípios um aumento nas despesas totais de saúde por habitante no período de 2007 a 2010, exceção feita ao município de Santa Amélia.

É importante destacar a relevância que os recursos para o custeio da saúde indígena têm nos diferentes municípios, existindo uma diferença importante nos percentuais que estes recursos representam nos valores totais gastos em saúde. Enquanto no município de Londrina, que é um pólo macro regional de assistência a saúde, envolvendo serviços de média e alta complexidade de alto custo, estes valores representam na média dos três anos estudados 0,16% dos gastos em saúde, no município de Santa Amélia este valor correspondia a 35,9% dos valores gastos, mostrando a importância deste repasse na gestão municipal.

No conjunto dos municípios estudados nos anos de 2008, 2009 e 2010 o valor médio que os recursos do IAB-PI representavam em relação ao total das despesas em saúde era de 14, 4%. Apesar de ser observada uma média declinante destes valores nos três anos, eles têm como fonte isolada, um relativo peso nos gastos em saúde, porém pouco se fala sobre a utilização destes recursos tanto nos PMS quanto nos RAG, havendo necessidade de uma maior transparência destes gastos, uma vez que estes 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.

QUADRO 12 - GASTOS TOTAL MUNICIPAL COM SAÚDE, TRANSFERÊNCIAS SUS, INCENTIVOS, PERCENTUAL DO INCENTIVO EM RELAÇÃO AOS GASTOS DO SUS POR HABITANTE/INDÍGENA - PARANÁ - 2007-2010

continua

MUNICÍPIO	GASTOS TOTAL MUNICIPAL COM SAÚDE (Em R\$ 1.000)			
	2007	2008	2009	2010
Cândido de Abreu				
Gasto total com saúde	233,26	292,07	305,10	332,16
Gasto municipal	148,8	196,12	189,73	224,66
Transferências SUS	91,03	94,14	114,49	107,50
Gasto municipal anual	2.644.906,08	3.565.231,44	3.434.152,43	3.982.630,04
Transferências SUS anual	1.618.106,27	1.711.375,64	2.072.338,15	1.905.660,04
Incentivos indígena anual	156.600,00	169.650,00	143.550,00	143.550,00
% Incentivo indígena em relação SUS	9,68	9,91	6,93	7,53
Gasto por indígena ano	308,26	335,90	282,57	282,57
Chopinzinho				
	2007	2008	2009	2010
Gasto total com saúde por habitante	229,06	261,72	317,52	338,04
Gasto municipal	149,54	170,09	196,30	218,16
Transferências SUS	73,54	92,51	121,99	119,88
Gasto municipal anual	2.874.810,25	3.338.519,07	3.831.163,5	4.323.737,41
Transferências SUS anual	1.413.704,45	1.815.762,55	2.380.864,4	2.375.969,11
Incentivos indígena anual	142.800,00	154.700,00	130.900,00	130.900,00
% Incentivo indígena em relação SUS	10,10	8,52	5,50	5,51
Gasto por indígena ano	231,82	251,14	212,50	212,50
Coronel Vivida				
	2007	2008	2009	2010
Gasto total com saúde	158,49	187,81	231,07	350,15
Gasto municipal	101,87	129,00	69,13	169,42
Transferências SUS	49,91	60,20	161,93	180,73
Gasto municipal anual	2.197.438,18	2.836.103,84	3.534.636,40	3.091.576,97
Transferências SUS anual	1.076.658,98	1.323.579,85	1.509.184,00	3.297.992,87
Incentivos indígena anual	83.050,00	98.150,00	83.050,00	83.050,00
% Incentivo indígena em relação SUS	7,71	7,42	5,50	2,52
Gasto por indígena ano	893,01	1.055,37	893,01	893,01

QUADRO 12 - GASTOS TOTAL MUNICIPAL COM SAÚDE, TRANSFERÊNCIAS SUS, INCENTIVOS, PERCENTUAL DO INCENTIVO EM
 RELAÇÃO AOS GASTOS DO SUS POR HABITANTE/INDÍGENA - PARANÁ - 2007-2010

continua

MUNICÍPIO	GASTOS TOTAL MUNICIPAL COM SAÚDE (Em R\$ 1.000)			
	2007	2008	2009	2010
Diamante D'Oeste	2007	2008	2009	2010
Gasto total com saúde	292,55	346,32	398,56	458,88
Gasto municipal	205,59	255,55	288,62	336,10
Transferências SUS	86,59	94,20	109,93	122,77
Gasto municipal anual	1.016.434,48	1.305.859,67	1.467.236,78	1.686.588,62
Transferências SUS anual	428.094,71	481.376,90	558.869,77	616.099,41
Incentivos indígena anual	160.800,00	160.800,00	160.800,00	147.400,00
% Incentivo indígena em relação SUS	37,56	33,40	28,77	23,93
Gasto por indígena ano	485,80	485,80	485,80	445,32
Espigão Alto do Iguaçu	2007	2008	2009	2010
Gasto total com saúde	295,92	346,10	367,33	354,42
Gasto municipal	200,88	236,86	247,36	252,95
Transferências SUS	89,10	126,39	102,36	101,47
Gasto municipal anual	1.025.280,80	1.236.861,05	1.286.296,35	1.326.862,35
Transferências SUS anual	454.753,46	659.988,04	532.273,93	532.255,48
Incentivos indígena anual	108.000,00	117.650,00	99.550,00	86.016,00
% Incentivo indígena em relação SUS	15,08	15,00	18,70	16,16
Gasto por indígena ano	345,05	375,88	318,05	274,81
Mangueirinha	2007	2008	2009	2010
Gasto total com saúde	251,36	328,01	289,41	367,10
Gasto municipal	206,80	247,87	235,36	291,02
Transferências SUS	44,38	49,98	50,96	76,08
Gasto municipal anual	3.543.246,12	4.353.037,30	4.124.873,70	4.913.519,37
Transferências SUS anual	759.819,91	877.761,83	893.081,70	1.284.617,11
Incentivos indígena anual	249.600,00	270.400,00	228.800,00	228.800,00
% Incentivo indígena em relação SUS	32,85	30,81	25,62	17,81
Gasto por indígena ano	309,29	335,06	283,52	283,52
Manoel Ribas	2007	2008	2009	2010
Gasto total com saúde	267,15	319,68	286,41	322,29
Gasto municipal	151,68	164,04	162,78	215,12
Transferências SUS	103,17	118,07	113,46	107,18
Gasto municipal anual	1.935.746,05	2.152.078,73	2.134.526,32	2.799.310,63
Transferências SUS anual	1.316.611,31	1.548.930,77	1.487.801,56	1.394.687,24
Incentivos indígena anual	268.200,00	290.550,00	245.850,00	245.850,00
% Incentivo indígena em relação SUS	20,37	13,31	16,52	17,63
Gasto por indígena ano	190,34	206,21	174,49	174,49
Nova Laranjeiras	2007	2008	2009	2010
Gasto total com saúde	286,71	398,89	376,59	398,21
Gasto municipal	137,56	230,32	151,38	163,40
Transferências SUS	148,04	166,67	202,14	234,81
Gasto municipal anual	1.554.680,25	2.671.300,08	1.752.556,64	1.923.605,24
Transferências SUS anual	1.673.126,17	1.933.022,36	2.340.194,06	2.764.466,45
Incentivos indígena anual	445.200,00	482.300,00	408.100,00	408.100,00
% Incentivo indígena em relação SUS	26,61	24,95	17,44	14,76
Gasto por indígena ano	258,38	279,92	236,86	236,85

QUADRO 12 - GASTOS TOTAL MUNICIPAL COM SAÚDE, TRANSFERÊNCIAS SUS, INCENTIVOS, PERCENTUAL DO INCENTIVO EM
 RELAÇÃO AOS GASTOS DO SUS POR HABITANTE/INDÍGENA - PARANÁ - 2007-2010

MUNICÍPIO	GASTOS TOTAL MUNICIPAL COM SAÚDE (Em R\$ 1.000)			
	2007	2008	2009	2010
Londrina	2007	2008	2009	2010
Gasto total com saúde	385,62	439,51	501,04	543,89
Gasto municipal	144,51	161,40	179,15	187,41
Transferências SUS	250,22	281,09	330,48	356,47
Gasto municipal anual	71.941.031,81	81.537.933,23	91.495.069,28	97.904.997,26
Transferências SUS anual	124.627.089,30	142.002.201,99	168.776.843,30	186.223.957,34
Incentivos indígena anual	273.000,00	295.750,00	250.250,00	250.250,00
% Incentivo indígena em relação SUS	0,22	0,21	0,15	0,13
Gasto por indígena ano	188,53	204,24	172,82	172,82
Palmas	2007	2008	2009	2010
Gasto total com saúde	153,66	195,43	238,00	241,36
Gasto municipal	110,08	116,13	97,35	130,65
Transferências SUS	43,28	78,61	114,06	110,70
Gasto municipal anual	4.456.475,35	4.952.258,95	4.225.728,57	5.671.383,25
Transferências SUS anual	1.751.997,43	3.352.192,71	4.951.029,21	4.805.363,14
Incentivos indígena anual	177.000,00	191.750,00	162.250,00	162.250,00
% Incentivo indígena em relação SUS	10,10	5,72	3,28	3,37
Gasto por indígena ano	242,13	262,31	221,96	221,96
Santa Amélia	2007	2008	2009	2010
Gasto total com saúde	351,52	378,24	339,14	324,12
Gasto municipal	259,53	268,53	230,73	219,41
Transferências SUS	84,26	110,64	90,49	104,70
Gasto municipal anual	1.054.221,25	1.110.914,85	947.147,53	942.581,48
Transferências SUS anual	342.254,15	457.709,06	371.460,81	449.816,74
Incentivos indígena anual	156.600,00	169.650,00	143.550,00	143.550,00
% Incentivo indígena em relação SUS	45,76	37,07	38,64	31,92
Gasto por indígena ano	855,74	927,05	784,43	784,43
São Jerônimo da Serra	2007	2008	2009	2010
Gasto total com saúde	227,64	263,04	265,37	294,60
Gasto municipal	109,63	120,28	148,42	133,92
Transferências SUS	120,00	133,32	132,92	160,69
Gasto municipal anual	1.267.686,30	1.431.273,72	1.766.940,25	1.734.634,96
Transferências SUS anual	1.387.565,88	1.586.450,45	1.582.380,54	2.081.459,43
Incentivos indígena anual	325.200,00	352.300,00	298.100,00	298.100,00
% Incentivo indígena em relação SUS	23,44	22,21	18,83	14,32
Gasto por indígena ano	343,76	372,41	315,12	315,12
São Miguel do Iguaçu	2007	2008	2009	2010
Gasto total com saúde	301,62	370,36	362,66	450,32
Gasto municipal	178,67	306,52	290,46	356,75
Transferências SUS	52,17	65,08	65,45	93,57
Gasto municipal anual	4.527.663,96	8.056.659,87	7.683.031,89	9.371.187,99
Transferências SUS anual	1.322.000,15	1.710.435,56	1.731.304,99	2.458.059,65
Incentivos indígena anual	160.200,00	173.550,00	146.850,00	146.850,00
% Incentivo indígena em relação SUS	12,12	10,15	8,48	5,97
Gasto por indígena ano	273,85	296,66	251,02	251,03

FONTE: FNS/FUNASA

Nas análises feitas acima, não foram considerados os incentivos para o custeio da assistência especializada, uma vez que não são repassados diretamente para os fundos municipais de saúde, sendo depositados diretamente na conta dos prestadores privados. Exceção é feita para os municípios de Candido de Abreu e Manoel Ribas onde são recebidos como receitas de prestação de serviços já que os atendimentos são realizados pela própria prefeitura.

Este fato tira a responsabilidade direta do gestor municipal sobre o prestador de serviços, já que não tem controle sobre os valores repassados, e havendo desinteresse do prestador em atender o paciente, o valor deixa de vir para o município, sem alternativa para busca de atendimento em outro serviço.

O quadro 13 demonstra que, os recursos destinados para a atenção especializada estão sendo reduzidos, enquanto os da atenção básica se mantêm, o que pode estar relacionado com o desinteresse do prestador fazer o atendimento especializado. A redução na oferta de assistência especializada é refletida nos relatórios de gestão de alguns municípios quando são citadas as dificuldades encontradas para o encaminhamento de indígenas para este tipo de atendimento. Há municípios como Diamante do Oeste, Espigão Alto do Iguaçu e Nova Laranjeiras que nada recebem para a atenção especializada.

Em relação a este fato, a Portaria 2656/2007 aponta que os recursos destinam-se a implementação qualitativa e equânime da assistência ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico da população indígena, cabendo ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde e a FUNASA, identificar os estabelecimentos assistenciais na rede do SUS que melhor se enquadram ao perfil de referência à atenção especializada para as comunidades indígenas, sendo o gestor municipal, responsável por pactuar a referência e a contra-referência destes serviços, porém em nenhum dos pactos de gestão analisados este fato foi verificado.

Esta situação prejudica a integralidade da assistência, e há necessidade de haver uma revisão no conceito vigente, que é o de vincular o recurso IAE-PI a produção de internações hospitalares, e repassá-lo diretamente ao prestador e não ao fundo municipal de saúde.

QUADRO 13 - DEMONSTRATIVO DOS VALORES REPASSADOS PARA O CUSTEIO DA ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA INDÍGENA EM MUNICÍPIO NO PARANÁ - 2008-2010

MUNICÍPIO	RECEBEM RECURSOS		VALOR ANO ATENÇÃO BÁSICA (R\$ 1.000)			VALOR ANO ATENÇÃO ESPECIALIZADA (R\$ 1.000)		
	IAB-PI	IAE-PI	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Candido de Abreu	X	x	169.650	143.550	143.550	13.164	3.291	2.194
Chopinzinho	X	x	154.700	130.900	130.900	12.000	7.000	1.000
Coronel Vivida	X	x	98.150	83.050	83.050	24.000	22.000	22.000
Diamante do Oeste	X		160.800	160.800	147.400	0	0	0
Espigão Alto do Iguaçu	X		117.650	99.550	86.016	0	0	0
Londrina	X	x	295.750	250.250	250.250	67.200	63.200	5.600
Mangueirinha	X	x	270.400	228.800	228.800	43.116	43.116	39.523
Manoel Ribas	X	x	290.550	245.850	245.800	25.200	6.300	2.100
Nova Laranjeiras	X		482.300	408.100	408.100	0	0	0
Palmas	X	x	191.750	162.250	162.500	35.880	35.880	32.890
Santa Amélia	X	x	169.650	143.550	143.550	12.000	12.000	11.000
São Jerônimo	X	x	352.300	298.100	298.100	18.192	4.548	3.032
São Miguel do Iguaçu	X	x	173.550	146.850	146.850	12.000	5.000	0

FONTES: FNS/FUNASA

Em relação ao financiamento, nos PMS não foi possível haver a identificação de recursos municipais específicos para o custeio da saúde indígena, mas de alguma forma a contrapartida é revelada nos Relatórios de Gestão, quando são informadas atividades realizadas pelos municípios que atendem a população indígena como no caso de transporte de pacientes, encaminhamento para realização de exames e terapias e no apoio administrativo e logístico dado para as áreas indígenas.

Ainda considerando o financiamento podemos observar que os repasses efetivados fundo a fundo passaram a ser de forma regular a partir da PM 2656/2007, não havendo mais atrasos nos repasses destes recursos, um fato que anteriormente era frequente e que era fato gerador de problemas para os municípios com atraso de pagamentos das equipes e dos fornecedores de serviço em geral.

5.6 O ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

A PM 2656/2007 estabelece como atribuição municipal, assegurar a participação de representantes indígenas e dos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena no CMS, participar do CONDISI, avaliar e

acompanhar em conjunto com os DSEI e Estados as ações e serviços de saúde realizados, participar da elaboração do PDSI e garantir a inserção das metas e ações de atenção básica e especializada para as comunidades indígenas no PMS.

Neste sentido o PMS e o RAG assumem papel de destaque no processo de democratização das informações da saúde já que são instrumentos fundamentais para a deliberação dos CMS no que se refere à formulação de metas e a avaliação de resultados dos serviços de saúde.

Como já relatado anteriormente, nos PMS dos 13 municípios não são aprofundadas análises em relação aos problemas de saúde indígena no âmbito municipal, e não estabelecem metas para este tipo de atendimento, dificultando a discussão por parte dos Conselhos sobre as estratégias a serem aplicadas para o fortalecimento a nível local da PNSPI como previsto na Lei Orgânica da Saúde.

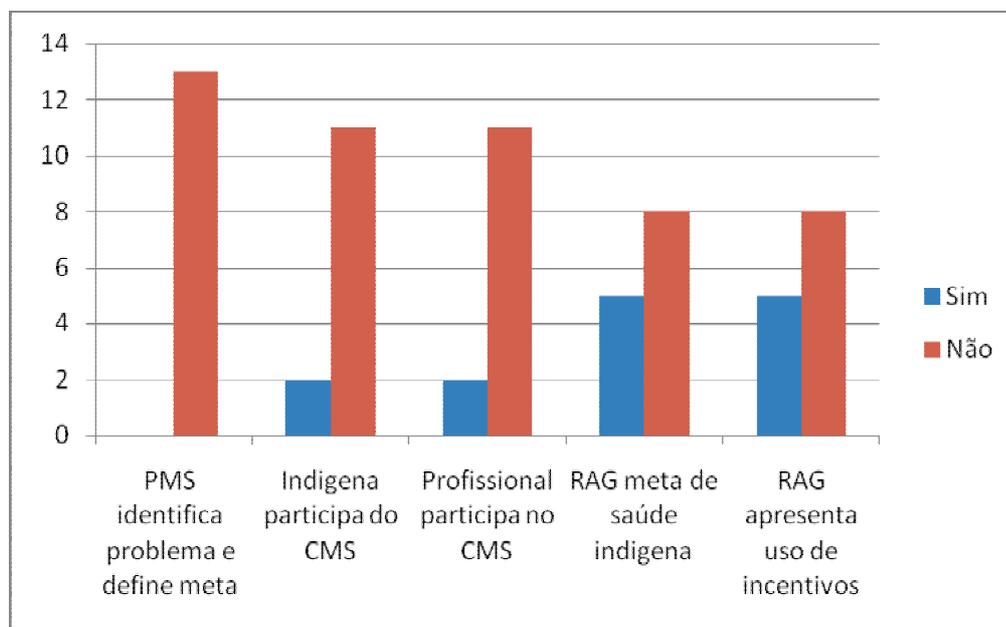
Outro importante instrumento direcionador da Política de Saúde Municipal é o TCG, que devido a sua periodicidade quadrianual, acabou sendo formulado em data anterior a publicação da PM 2656/2007, o que resultou na habilitação dos municípios para receber os incentivo sem a inclusão das metas para a saúde indígena, devendo portanto ser reformulados, o que não aconteceu em nenhum dos municípios estudados.

Em relação à participação de indígenas ou de profissionais que atuam na atenção à saúde indígena na composição do Conselho Municipal de Saúde, foi somente identificada esta situação nos municípios de Nova Laranjeiras e de São Jerônimo da Serra, o que demonstra a necessidade dos municípios reverem a constituição de seus CMS assegurando a participação destes representantes conforme estabelecido na Portaria. Nos RAG dos 13 municípios analisados no período de 2008 a 2010, não é relatado a necessidade de ampliar a participação indígena ou de seus representantes nestes espaços de controle social.

Os RAG foram apresentados e aprovados nos CMS de todos os municípios no período 2008 a 2010 e em apenas 5 deles, os municípios de Coronel Vivida, Chopinzinho, Diamante do Oeste, Londrina e Nova Laranjeiras haviam resultados em relação a metas de atendimento a saúde indígena e em 6 deles houve comentários acerca da utilização dos recursos financeiros recebidos, nos municípios de

Candido de Abreu, Coronel Vivida, Mangueirinha, Diamante do Oeste, Londrina e Nova Laranjeiras (gráfico 8).

GRÁFICO 8 - IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E DEFINIÇÃO DE METAS NO PMS, PARTICIPAÇÃO DE INDÍGENAS E PROFISSIONAIS NO CMS E METAS E USO DOS INCENTIVO NO RAG, NOS 13 MUNICÍPIOS ANALISADOS - PARANÁ - 2008-2010



FONTE: PMS/RAG período 2008 a 2010

Em nenhum dos RAG ou PMS foi feita referência a participação destes na elaboração do PDSI ou na participação nas reuniões do CONDISI.

Esta situação indica que para uma adequada avaliação de cumprimento de metas e uso dos recursos financeiros, é necessário que os municípios revejam os instrumentos de planejamento e avaliação, de forma a permitir uma maior transparência da gestão e um efetivo controle social.

A ausência de participação dos municípios na elaboração dos PDSI, a falta de compromissos com a saúde indígena no TCG, e a ausência de representantes indígenas nos Conselhos, e RAG que pouco explicitam os resultados obtidos na implementação da PNSPI. Esta constatação é reforçada por diversos autores que se ocupam dos processos de avaliação da implementação de políticas públicas.

Rua 1997, afirma que:

Efetivamente, em especial quando uma política envolve diferentes níveis de governo - federal, estadual, municipal - ou diferentes regiões de um mesmo país, ou ainda, diferentes setores de atividade, a implementação pode se mostrar uma questão problemática, já que o controle do processo se torna mais complexo. (RUA, 1997, p.13).

A estratégia de implantação da PNSPI, através dos distritos sanitários com a participação de Estados, Municípios e ONGS, é desafiadora, especialmente nestas situações em que a estratégia de implementação tem características de uma abordagem *bottom-up* enfatizando os incentivos que induzem os agentes implementadores a aderir normativa e operacionalmente aos objetivos da política (SILVA; MELO 2000). Estes incentivos resultam do repasse de recursos financeiros e de certa flexibilidade administrativa, na medida em que, permitem a formulação de planos distritais e locais, podendo identificar situações problemas e propor soluções.

A distritalização da saúde indígena no país, tem sido motivo da análise de diversos autores, que a exemplo de Garnelo (2004), reconhecem que a sua existência promoveu avanços na extensão de cobertura e no financiamento, porém alertam para a baixa qualidade dos serviços prestados e na falta de consideração a cultura e valores tradicionais.

Em relação a forma como os entes federados interagem, não há fóruns específicos no Estado que possibilitem a discussão conjunta da PNSPI, visto a ausência de qualquer registro relacionado ao tema nas reuniões técnicas da CIB Estadual e na falta de pactuações entre os implementadores da assistência integral a saúde indígena. Nas instancias de caráter deliberativo do Estado como nos CMS e CES, além de não contar com representação indígena, não há integração com os CONDISI.

O resultado da intervenção da FUNASA, do Estado e dos Municípios na busca da melhoria dos serviços, não está representado no indicador de morte infantil indígena, que teve um acréscimo de 52,34% no período estudado.

Wildavski (1979) destaca que toda análise de política envolve um certo aprendizado, a partir da experiência do fracasso e da correção dos erros cometidos, sendo assim identificamos fatores potenciais que merecem ser melhor aproveitados como o significativo volume de recursos disponíveis para aplicação em saúde indígena, a experiência acumulada no atendimento em saúde indígena por alguns municípios, a necessidade de rever os modelos de representação da

sociedade indígena nos conselhos de saúde e garantir a sua participação na tomada de decisões e na fiscalização da aplicação dos recursos financeiros, e apenas utilizar as ONGS em caráter excepcional para a execução de serviços específicos onde a expertise dos órgãos de governo não reúna condições de dar resposta imediata aos municípios.

Como fatores limitantes estão presentes a dificuldade de se estabelecer com clareza o conceito de atenção diferenciada nos municípios, a fragilidade dos instrumentos de planejamento como o PDSI e o TCG, a relação precarizada de trabalho com as equipes multidisciplinares, a terceirização de serviços desnecessária, a falta de capacitação profissional para atuar em ambientes com a diversidade cultural existente, a forma de representação e funcionamento dos CMS que dificulta o controle social e a pouca integração interinstitucional dos entes governamentais.

A Portaria 2656/2007, foi considerada polemica desde o início da sua publicação, e organizações indígenas, servidores da FUNASA e outros atores, consideravam que ela era o caminho no sentido da municipalização da assistência à saúde, e por ser os municípios em algumas regiões do país o local do conflito pela posse da terra isto inviabilizava uma relação no sentido da construção da política de saúde.

Na realidade paranaense, o conflito entre interesses indígenas e gestores existe, mas não é impeditivo para que se leve adiante uma proposta na qual a responsabilidade pela atenção à saúde indígena seja feita diretamente pelos municípios. Langdon (2004) em seus estudos no país já alertava para a diversidade das realidades nos diferentes Estados e a variabilidade da execução da PNSI.

Portanto, a revogação da Portaria 2656/2007 pelo Ministério da Saúde mantendo seus princípios integralmente na Portaria 2048/2009, que institui o regulamento do SUS, abre perspectivas para que se discuta com base nas experiências acumuladas na gestão, utilizando adequadamente os instrumentos de planejamentos vigentes, com os recursos financeiros disponíveis e sobre um Controle Social efetivo, se este não é o momento para propor alterações na Política Nacional de Saúde Indígena, permitindo que municípios, ao invés de ter apenas um papel complementar na atenção, assumam o protagonismo da gestão plena municipal da atenção indígena.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado desta pesquisa evidencia que nos municípios estudados, não houve avanços significativos para a consolidação da PNSPI no Estado a partir da implementação da PM 2656/2007.

Uma das maiores evidências desta afirmação está expressa no aumento do Coeficiente de Mortalidade Infantil em 52,34% no conjunto de municípios analisados, em comparação com os dados do ano de 2005.

Desde 2001, os municípios do Paraná vêm recebendo recursos financeiros para a prestação de serviços de saúde para suas comunidades indígenas. Estes municípios tem uma experiência anterior bem sucedida de municipalização das ações de saúde, contudo, a questão da saúde indígena sempre esteve a margem de suas atribuições em virtude da presença da FUNAI e FUNASA a quem cabia esta atribuição. As transformações estruturais sofridas por estes órgãos impediram que as funções de atenção a saúde indígena fossem plenamente atendidas havendo uma inserção gradativa dos municípios na prestação deste tipo de atendimento.

A Portaria 2656/2007 buscava definir as atribuições do Ministério da Saúde, normatizar a ação complementar do estado e dos municípios e regulamentar o repasse de recursos financeiros para a atuação destes órgãos.

Neste sentido, a utilização de instrumentos para pactuação de metas e compromissos, já existentes no SUS, como os Termos de Compromisso de Gestão, o Pacto de Gestão, o Plano Municipal de Saúde e os Relatórios Anual de Gestão associados aos Planos Distritais de Saúde formulados pelos DSEIS pareciam dar a agilidade necessária para o planejamento conjunto das ações e ajustes de metas e objetivos.

Nos municípios analisados, esta questão constitui-se como um entrave pois os termos de Compromisso de Gestão foram firmados um pouco antes da edição da PM 2656/2007 e não foram readequados para atender as novas diretrizes estabelecidas. Da mesma forma, os Planos Municipais, o Estadual e o Plano Estadual de Saúde não incorporaram as metas e estratégias para o

atendimento previsto no PDSI-PR, revelando uma falta de integração no processo de planejamento e avaliação entre os entes governamentais.

Nesta condição nem a FUNASA é gestor e nem o município é gerente, uma vez que a divisão de responsabilidades não consegue garantir a integralidade proposta para o atendimento à saúde da população indígena.

Foi possível identificar que a partir desta Portaria houve regularização nos repasses financeiros para a saúde indígena, cujo valor é bastante representativo, significando um valor 3 vezes maior que para a população não indígena, contudo estes valores não foram capazes de estruturar nestes municípios uma atenção com qualidade para a população indígena.

Os novos critérios de pagamento reduziram os valores pagos para todos os municípios estudados, mas eles têm como fonte isolada, um relativo peso nos gastos em saúde, porém pouco se fala sobre a utilização destes recursos e a forma de utilização nos PMS e nos RAG e não é identificada contrapartida municipal específica para o custeio das ações.

A capacidade de articulação dos municípios na garantia da integralidade dos atendimentos está comprometida devida a redução nos repasses dos recursos IAE-PI, uma vez que os critérios de repasse não favorecem o município, que não tem uma gestão direta sobre este tipo de incentivo.

Em relação à rede de atendimentos para a saúde indígena não houve alteração nos fluxos de atendimento da clientela, permanecendo dificuldades para o encaminhamento de indígenas para os atendimentos de maior complexidade, e a nível municipal houve uma redução na oferta dos serviços.

A proposta de atenção diferenciada, não é explicitada na organização do atendimento à saúde indígena, havendo transposição do modelo biomédico para as áreas indígenas, expresso na parametrização dos atendimentos de saúde e nas estratégias de implantação de programas de atenção a agravos nas aldeias sem considerar a especificidade indígena.

A presença de diferentes etnias indígenas no Paraná, com representações distintas sobre o processo saúde doença, torna necessária a busca de um entendimento mais claro sobre o que seja atenção diferenciada. Sendo um processo em

construção exige, dos atores envolvidos, como SESAI, Estado, Municípios e comunidades indígenas uma revisão no atual modelo de atendimento existente nas aldeias, que não possibilitou mudanças no quadro de morbimortalidade existente.

A qualidade da atenção foi prejudicada pela falta de qualificação das equipes de saúde, que durante o período do estudo não foram treinadas pelo Governo Federal, Estadual ou Municipal. A relação conveniada com ONGS e municípios resultaram na precarização da contratação dos trabalhadores de saúde, que em virtude do risco da não renovação destes convênios, desestimulavam as equipes no atendimento.

A vinculação do repasse financeiro à alimentação dos sistemas nacionais de informação agilizaram o conhecimento das informações relacionadas à população indígena, porém permanecem deficiências em relação à integração das bases de dados e qualidade destas informações.

Em relação ao controle social e a participação indígena e dos profissionais de saúde nos Conselhos Municipais de Saúde a PM 2656/20007 não provocou nenhuma alteração em relação à situação anterior, com a ausência quase total de representantes indígenas nestes Conselhos.

Os PMS e os RAG, não aprofundam suas análises em relação aos problemas e resultados no atendimento à saúde indígena no âmbito municipal, dificultando a discussão por parte dos conselheiros sobre as estratégias a serem aplicadas para o fortalecimento a nível local da PNASPI.

A ausência do Governo Estadual, como motivador principal para os municípios inserirem nos seus pactos de atenção à saúde indígena é também um fator limitante, já que a falta de um projeto de articulação da rede básica de atenção indígena com as demais instancias do SUS provocou dificuldades para pactuações a nível Estadual, expressas na falta de discussão deste tema nas reuniões da Comissão Bipartite Estadual e nas Conferencias Estaduais de Saúde realizadas no período analisado de 2008 a 2010.

A FUNASA, que sofreu ao longo do tempo uma redução em seu quadro de servidores que foram estadualizados ou municipalizados, não conseguiu uma aproximação maior com o Estado e os municípios, especialmente no que se refere

a capacitação dos profissionais para atuarem na área, além de não promover a necessária integração para a formulação do Plano Distrital de Saúde e na participação dos gestores nas reuniões do CONDISI.

Ainda que a Portaria 2656/2007 revele fragilidades como instrumento orientador da PNSPI, a manutenção da maioria de seus princípios na Portaria 2048/2009, que aprova o regulamento do SUS, reforça a necessidade de identificar as potencialidades existentes para a implementação da PNASPI.

O estudo reconhece que há potencialidades que devem ser aproveitadas, como a manutenção de repasses regulares de recursos financeiros, a aproximação entre os gestores municipais, estadual e Federal, a experiência acumulada de mais de dez anos de atendimentos pelos municípios no atendimento a saúde indígena, e a existência de instrumentos que favorecem um planejamento integrado, mas que ainda não foram plenamente utilizados como direcionador das metas e objetivos para o atendimento da saúde indígena.

Conclui-se que o caráter complementar que o município tem na assistência pode ser revisto, e que este deve assumir as competências que estabelece o SUS, que é a responsabilidade plena pela gestão da saúde para todos os habitantes de sua área de abrangência, onde os princípios de integralidade e equidade incorporem os diferentes, como condição essencial para a garantia do direito universal à saúde.

REFERÊNCIAS

AITH, F. Saúde Indígena no Brasil: atual quadro jurídico-administrativo do estado brasileiro e desafios para a garantia do direito à saúde da população indígena. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.9, n.3, p.115-132, 2009.

ARRETCHE, Marta T. S. Tendências no Estudo sobre Avaliação. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2006. p.29-39.

AVALIANDO a gestão de políticas agrícolas no Brasil: uma ênfase no papel dos policymakers. Rio de Janeiro: CPDA/UFRRJ - CNPq, 2006. (Relatório de Pesquisa).

BRASIL. Características e determinantes da avaliação de programas e projetos. **Cadernos NEPP**, Campinas, 2000. Disponível em: <<http://www.nepp.unicamp.br>>. Acesso em: 9 set. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.

BRASIL. Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999b. 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, altera dispositivos dos Decretos N.º 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica e especializada aos povos indígenas**: regulamentação dos incentivos. Brasília: Funasa, 2007. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2.ed. Brasília, DF, c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2.ed. Brasília: Funasa, 2002. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2656 de 17/10/2007. Brasília DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da 1.ª Conferencia Nacional de Proteção à Saúde Indígena**. Brasília: 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da 3.ª Conferencia Nacional de Saúde para os Povos Indígenas**. Brasília: Funasa, 2001.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - 14.ª. Brasília, 30 nov. a 4 dez. 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/relatorio/26_jan_relatorio_final_site.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA - 4.^a. Rio Quente-GO, 27 a 31 de março de 2006. Brasília: Funasa, 2007. (Relatório final).

CORE-PR. **Relatório**, p.58, 2000. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/relatorio_2000.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2012.

DAHER, D. V.; SANTOS, L. P.; PEREIRA, Vicente Cretton. Articulação entre saberes: etnografia da atenção à saúde no contexto guarani mbya de Paraty-RJ. **Revista Tellus**, Barueri, SP, v.10, p.163-183, 2010.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Políticas de controle social em contextos interculturais: Impasses e desafios para a saúde indígena brasileira. In: VIII REUNIÓN DE ANTROPOLOGÍA DEL MERCOSUR, DIVERSIDAD Y PODER EN AMÉRICA LATINA. Buenos Aires: Universidad Nacional de San Martín, v.1, p.41, 2009.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.20, n.59, p.97-109, out. 2005. Disponível em: <http://readlyc.uamex.mx/readlyc/pdf/107/1070590>. Em 06 de agosto de 2008.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAUJO, M. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. **Revista Mediações**, Londrina: UEL, v.16, p.142-156, 2011.

FORTE FDB. Apresentação. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Atenção Básica e Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde indígena no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.

GARNELO, Luíza. Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período de 1990 a 2004. **Documento de trabalho n.º 9**. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia/CESIR, 2004.

GARNELO, Luíza; SAMPAIO, Sully. Organização indígena e distritalização sanitária: os riscos de 'fazer ver' e 'fazer crer' nas políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, 2005.

HAM, C.; HILL, M. **The policy process in the modern capitalist state**. Londres: Harvester Wheatsheaf, 1993.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. **Gerência dos serviços de saúde**. **Caderno De Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.247-59, jul./set.1990.

LABRA, M. E. Análise de políticas públicas, modos de policy-making e intermediação de interesses. Uma revisão. *PHYSIS*. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.131-136, 1999.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.2, p.19-36, 2007.

LANGDON, Esther Jean *et al.* A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Caderno Saúde Pública** [online], v.22, n.12, p.2637-2646, 2006.

LANGDON, J. E. **Saúde e povos indígenas**: os desafios na virada do século. Disponível em: <<http://www.CFH.ufsc.br/nessi/Margsav.htm>>. Acesso em: 05 set. 2011.

LAURENTI, R. *et al.* **Estatísticas de saúde**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1985.

LEVCOVITZ, E.; BAPTISTA, T. W. F.; UCHÔA, S. A. C.; NESPLOLI, G. M. M. **Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000)**. Brasília (DF): OPAS; 2003. p.74. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, 2).

LINDBLOM, C. **O processo de decisão política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.

LOWI, Theodor. Four systems of policy. Politics, and choice. **Public Administration Review**, n.32, p.298-310, 1972.

MARQUES, I. M. S. F. **A política de atenção à saúde indígena**: implementação do distrito sanitário especial indígena de Cuiabá - Mato Grosso. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MARTES, A. C. B.; ARRETCHE, M.; MELO, M.; RIBEIRO, P. M. **Modelo de avaliação de programas sociais e prioritários**. Campinas: NEPP/UNICAMP, 1999.

MEDINA, A. M. Modelos e lentes: uma discussão sobre a análise de implementação de políticas públicas. **Análise & Conjuntura**, Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, v.2, n.1, p.40-55, jan./abr. 1987.

MINAYO, M. C.de; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, jul./set.1993.

PAGLIARO H.; AZEVEDO, M. M.; SANTOS, R. V. Demografia dos povos indígenas no Brasil: um panorama crítico. In: PAGLIARO, H, AZEVEDO, M. M.; SANTOS, R. V. (Orgs.). **Demografia dos povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Abep, p.11-32, 2005.

PENA, J. L.; HELLER, L.; DIAS JÚNIOR, C. S. **A população Xakriabá, Minas Gerais**: aspectos demográficos, políticos, sociais e econômicos. **R. Bras. Est. Pop.** Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.51-59, 2009.

PEREIRA, M. L. G. **Poder, hierarquia e reciprocidade**: os caminhos da política e da saúde no Alto Rio Negro. 2002. Tese de Doutorado – Departamento de Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

PEREZ, José Roberto Rus. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). **Avaliação e políticas sociais**: uma questão em debate. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2006. p.65-73.

RAGGIO, A.; PINTO, N.; MORAIS, P. Análise da gestão. In: INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES; SAÚDE SEM LIMITES; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO (IDS-SSL-CEBRAP). **Diagnóstico situacional do subsistema de saúde indígena**. Relatório Inicial (revisado) 2009.

RUA, Maria das Graças. **Análise de políticas públicas**: conceitos básicos. Washington: Indes/BID, 1997. Mimeo.

SANTOS, R. V. *et al.* Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JR.; C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.13-47.

SILVEIRA, Nádia Heusi. O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami. In: LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (Orgs.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

SOUSA, Maria da Conceição de; SCATENA, João Henrique G.; SANTOS, Ricardo Ventura. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Caderno Saúde Pública** [online], v.23, n.4, p.853-861, 2007.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.5-43, 1995.